

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931 - 1932 - N° 97

---

**Etude Statistique de la  
Délivrance artificielle précoce, prophylactique  
des hémorragies par inertie utérine**  
**Indications et résultats**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 14 Décembre 1931*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

**Jean REILLES**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

*Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie*

Né le 4 Juillet 1906, à Carcassonne (Aude)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE

LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1931



**Etude Statistique de la**  
**Délivrance artificielle précoce, prophylactique**  
**des hémorragies par inertie utérine**  
**Indications et résultats**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931 - 1932 - N° 97

---

**Etude Statistique de la  
Délivrance artificielle précoce, prophylactique  
des hémorragies par inertie utérine**

**Indications et résultats**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 14 Décembre 1931*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

**Jean REILLES**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

*Diplomé d'Hygiène et de Microbiologie*

Né le 4 Juillet 1906; à Carcassonne (Aude)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE  
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1931

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.    |
| Assesseur .....       | M. ROLLET.       |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

## PROFESSEURS

|                                                            |                |
|------------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales .....                                  | MM. PIC        |
| Cliniques chirurgicales .....                              | PAVIOT         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....               | TIXIER         |
| Clinique ophtalmologique .....                             | BERARD         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....      | VORON          |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....               | ROLLET         |
| Clinique des maladies des enfants .....                    | NICOLAS        |
| Clinique des maladies des femmes .....                     | LEPINE (J.)    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                    | MOURIQUAND     |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....            | VILLARD        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....       | COLLET         |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....            | GAYET          |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....    | NOVE-JOSSERAND |
| Chimie biologique et médicale .....                        | COURMONT       |
| Chimie organique et Toxicologie .....                      | CLUZET         |
| Matière médicale et Botanique .....                        | FLORENCE       |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....         | MOREL          |
| Anatomie .....                                             | MANCEAU        |
| Histologie .....                                           | GUIART         |
| Physiologie .....                                          | LATARJET       |
| Pathologie externe .....                                   | POLICARD       |
| Pathologie interne .....                                   | DOYON          |
| Pathologie et Thérapeutiques générales .....               | LERICHE        |
| Anatomie pathologique .....                                | FROMENT        |
| Chirurgie opératoire .....                                 | CADE           |
| Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie ..... | FAVRE          |
| Médecine légale .....                                      | PATEL          |
| Hygiène .....                                              | ARLOING (F.)   |
| Thérapeutique .....                                        | Etienne MARTIN |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                           | ROCHAIX        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....             | SAVY           |
|                                                            | LEULIER        |
|                                                            | PIERY          |

## PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

|                                                         |             |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie ..... | M. CONDAMIN |
|---------------------------------------------------------|-------------|

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                      |                     |
|------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie topographique .....                         | MM. THEVENOT (Léon) |
| Puériculture et hygiène de la première enfance ..... | RHENTER             |
| Chirurgie expérimentale .....                        | TAVERNIER           |
| Application du radium .....                          | NOGIER              |
| Stomatologie .....                                   | TELLIER             |

## AGREGES

|                  |             |              |               |
|------------------|-------------|--------------|---------------|
| MM.              | MM.         | MM.          | MM.           |
| CHALIER (Joseph) | NOEL        | ROCHET (Ph.) | CHAMBON       |
| NOGIER           | DUMAS       | WERTHEIMER   | CIBERT        |
| RHENTER          | DUFOURT     | GATE         | EPARVIER      |
| MAZEL            | DEVIC       | BERNHEIM     | GUILLEMINET   |
| SANTY            | GABRIELLE   | DECHAUME     | MORENAS       |
| CHALIER (André)  | MARTIN (J.) | POLLOSSON    | REBATTU (Ch.) |

## EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. VORON, *Président* ; RHENTER, *Assesseur*

MM. BERNHEIM et EPARVIER *Agrégés*

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Sa vie, toute de labeur obscur et  
de dévouement, restera pour moi le  
plus bel exemple.

A MA MÈRE

Je lui dois tout.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de clinique obstétricale.*

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse ; nous avons pu apprécier la valeur de son enseignement, dans cette clinique où il nous réserva toujours le meilleur accueil Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

*Chef de clinique obstétricale.*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous prodiguant, tout au cours de son élaboration, ses précieux conseils. Nous avons trouvé auprès de lui l'accueil le plus affable.

Nous lui exprimons nos remerciements les plus sincères.

A MES PREMIERS MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX MILITAIRES  
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CHEFS

## Introduction

---

Depuis longtemps, les accoucheurs redoutent d'une façon très particulière le moment de la délivrance. Quels incidents cliniques vont se manifester après l'expulsion de l'enfant ? Tel est le problème qui se pose à l'occasion de chaque parturition.

La naissance de l'enfant a pu être normale, entièrement spontanée ; la mère présente un état général excellent ; mais celui-ci ne va-t-il pas se modifier dans les minutes qui vont suivre ? L'utérus, fatigué par le travail de la dilatation et de l'expulsion, pourra-t-il continuer à se contracter suffisamment pour décoller le délivre sans incidents hémorragiques ou sans rétention ?

Dans le cas de placenta se décollant partiellement, par enchâtonnement total ou, le plus souvent, partiel, une hémorragie surviendra ; mais, en général, elle se produira un certain temps après l'accouchement. La délivrance artificielle, pratiquée au moment de l'hémorragie, constituera la thérapeutique efficace, en pareil cas. Ces cas sont extrêmement nets. Leur pathogénie et la thérapeutique à leur opposer sont connus depuis longtemps. Une hémorragie survenant

au cours de la période de la délivrance, commande l'intervention du décollement manuel du placenta. De même, le retard exagéré de l'expulsion du délivre pourra entraîner des délivrances artificielles si, au bout d'une attente de deux heures par exemple, ainsi que le précisaient Fabre et les principaux auteurs classiques, le placenta se révèle adhérent et que l'on n'observe pas les signes cliniques habituels de son décollement.

Ces cas sont nets. L'hémorragie brutale et imprévue pendant le décollement physiologique du placenta, la rétention prolongée du délivre, commandent l'intervention, et tous les auteurs sont d'accord sur ces points.

Par contre, un point qui reste particulièrement redoutable et souvent difficilement prévisible, réside dans l'inertie possible de l'utérus, une fois le délivre expulsé. Tout se passe comme si le muscle utérin, épuisé par le double travail de l'expulsion de l'enfant, puis du placenta et des membranes, ne pouvait plus se contracter pour assurer son hémostasie physiologique.

C'est dans la crainte de ces hémorragies précoces ou tardives de la délivrance que les anciens accoucheurs (Ambroise Paré, Mauriceau), par les tractions sur le cordon, s'efforçaient de brusquer la sortie du placenta. Guillemaud, toutefois, avait conseillé très justement, et avant son élève Mauriceau, d'attendre quelque temps avant de mettre en œuvre une pratique quelconque d'expulsion.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, la plupart des accoucheurs adoptè-

rent les sages idées de Guillemaud ; mais dans le milieu du siècle dernier, sous l'influence de Crédé, on préconisa à nouveau la délivrance rapide, en quelque sorte forcée. Cette méthode n'eut qu'un temps, et, grâce aux travaux d'Ahlfeld, de Pinard et de Fabre, les méthodes expectantes sont aujourd'hui à peu près universellement adoptées. La pratique de la délivrance retardée, ou, comme l'enseigne le professeur Voron, la délivrance différée, laissée aux seules forces expulsives de l'utérus, avec adjonction d'un léger refoulement du fond utérin et tension légère du cordon pour aider au cheminement du délivre, cette méthode, disons-nous, a supprimé, dans l'immense majorité des cas, les hémorragies de la délivrance normale.

La délivrance artificielle garde néanmoins, nous l'avons vu, ses indications classiques ; mais il est un point sur lequel la plupart des auteurs ont suffisamment insisté, c'est la prophylaxie des accidents hémorragiques après la sortie du placenta et des membranes. Il existe bien des moyens médicamenteux, notamment des injections d'ocytociques, soit qu'on les pratique ainsi que M. le Professeur Agrégé Rhenter le préconisait au Congrès de Bruxelles en 1930, à la période ultime de l'expulsion fœtale, soit qu'on les mette en œuvre immédiatement après la délivrance, comme l'ont rapporté MM. Voron et Banssillon. Ces moyens seront surtout destinés à lutter contre les hémorragies habituelles de la délivrance, certaines femmes ayant la fâcheuse tendance à présenter une perte sanguine excessive ou dangereuse, par inertie utérine, à chacun de leurs accouchements. Ces méthodes ont

donné des résultats et méritent d'être conservées avec l'indication que nous venons d'énoncer.

Ce moyen peut cependant se révéler insuffisant, et il existe des cas où il faut savoir ne pas attendre trop longtemps pour pratiquer l'extraction du délivre, si la malade doit continuer à perdre plus ou moins après la délivrance. Il conviendra donc de diminuer autant que possible la perte sanguine chez de semblables malades, et notamment de les empêcher de perdre exagérément pendant la période du décollement placentaire. Celui-ci, d'ailleurs, dans un certain nombre de conditions que nous nous efforcerons de préciser, risque de se décoller d'une manière plus ou moins incomplète, et, lorsqu'on interviendra, la main forcée, au bout d'une attente plus ou moins longue après la sortie de l'enfant, la malade aura déjà perdu une notable quantité de sang qui, ajoutée à celle qu'elle pourra continuer à perdre dans les instants qui vont suivre, risquera d'entraîner un état grave d'anémie post-hémorragique. Si la délivrance artificielle avait été plus précoce et, notamment, si elle avait été pratiquée immédiatement après la phase d'inertie physiologique qui suit l'accouchement, on aurait économisé à la malade quelques centaines de grammes de sang, et peut-être aussi l'excitation réflexe déterminée par la main intra-utérine, aurait-elle pu contribuer à faciliter la mise en jeu de contractions utérines suffisantes pour assurer l'hémostase ultérieure.

Il est donc des cas où la délivrance artificielle immédiate, c'est-à-dire pratiquée dès l'apparition des

premières contractions utérines de la délivrance, quelques minutes après la sortie de l'enfant, pourra éviter des complications hémorragiques graves. Il est bien évident que cette pratique ne doit pas être généralisée, mais que, dans un certain nombre de cas que nous nous efforcerons de préciser, elle rendra les plus grands services.

---



## CHAPITRE PREMIER

---

### **Indications générales**

---

On peut définir la délivrance artificielle prophylactique de la façon suivante : C'est une intervention qui, en décollant le placenta et les membranes par des manœuvres manuelles, a pour but d'éviter les hémorragies de la phase du décollement placentaire, et enfin de contribuer à la mise en jeu des contractions par l'excitation intra-utérine déterminée par l'introduction de la main.

Le manuel opératoire sera en tous points semblable à celui de la délivrance artificielle, tel que l'ont décrit les auteurs classiques. Nous n'y reviendrons donc pas. Toutefois, nous ferons remarquer dès maintenant, qu'un seul point de technique doit être bien précisé, à savoir le moment de son application. Il est bien évident que cette délivrance artificielle prophylactique sera mise en œuvre, non pas immédiatement, c'est-à-dire sitôt après la naissance de l'enfant, mais au bout de quelques minutes, qui représenteront la durée, variable suivant les femmes, de la période

d'inertie physiologique. Une fois constatée l'apparition de la première contraction utérine, on pourra la mettre en œuvre sans inconvénient, dans la limite de ses indications qui, nous allons le voir, représentent l'exception.

Cette attente sera représentée dans la pratique par les quelques minutes nécessaires à l'examen de l'enfant pour s'assurer de sa vitalité et de l'absence de malformations. Mais, surtout, avant de faire une délivrance artificielle, quelle qu'en soit l'indication, l'opérateur devra pratiquer une nouvelle asepsie soigneuse de la région vulvaire et prendre, du côté de ses mains, de nouveaux soins d'asepsie, soit qu'il opère à mains nues ou avec des gants selon ses préférences personnelles.

Pendant ces quelques minutes de préparatifs variés, il sera inutile d'arrêter complètement l'anesthésie, si la malade a été endormie pour une intervention préalable. On conservera la position obstétricale, de façon à mobiliser la malade le moins possible.

Ces quelques notions étant précisées, quelles seront les principales indications d'un semblable procédé ?

Nous éliminerons tout d'abord les cas où un début de décollement du placenta, survenu pendant le travail, détermine une hémorragie violente qui s'extériorise aussitôt après la sortie de l'enfant. La thérapeutique employée en pareille circonstance est codifiée depuis longtemps. On commencera par la compression de l'aorte, qui arrêtera l'écoulement sanguin et permettra d'attendre l'apparition des premières

contractions utérines. Sitôt la phase d'inertie physiologique terminée, on pratiquera la délivrance artificielle.

Les cas où nous emploierons de préférence la délivrance artificielle précoce, seront constitués par un ensemble de circonstances où, pour des raisons variables, on craindra non seulement des hémorragies de la délivrance, mais une période d'inertie exagérée, localisée ou généralisée, après l'expulsion du délivre. On s'efforcera donc, par la méthode que nous préconisons, de permettre à la femme de faire l'économie du sang qu'elle perdrait pendant le décollement du placenta et des membranes. Que cette perte sanguine soit exagérée, ou même physiologique, ce sera toujours autant d'épargné à la malade. De plus, ainsi que nous l'avons déjà dit, en définissant la délivrance artificielle prophylactique, le décollement manuel du délivre réalise une excitation intra-utérine importante, qui le plus souvent, incitera le muscle utérin à se contracter.

Nous allons envisager maintenant quelles sont les principales circonstances cliniques où cette inertie peut être rencontrée.

D'abord, il existe toute une catégorie de malades qui présentent après chacun de leurs accouchements, des hémorragies habituelles qui, quelquefois même, furent inquiétantes. Contraint et forcé, l'accoucheur fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle pour mettre fin à des pertes sanguines qui commençaient à devenir importantes. Une fois le placenta décollé, l'hémorragie a pu s'arrêter ou même continuer, l'uté-

rus ne se contractant pas ou très insuffisamment. Cette hémorragie secondaire ajoutée à l'hémorragie de la période de délivrance, peut mettre une malade dans un état grave et chez certaines femmes particulièrement fragiles ou débilitées, des cas de mort pour des raisons semblables ont été signalés. Chez de semblables malades ainsi repérées et connues on pourra avec avantage pratiquer une délivrance artificielle précoce pour éviter des pertes hémorragiques, soit pendant, soit après la délivrance. Cette méthode aura de plus l'avantage de permettre aux malades de bénéficier précocement d'injections sous-cutanées d'ocytociques telles que la pituitrine, que l'on administrera immédiatement après la délivrance pour contribuer à assurer l'hémostase. Ces indications sont assez nettes et nous croyons pouvoir dire qu'elles sont logiques. Cependant, dans la pratique, ainsi qu'en fera foi la lecture de nos observations, si ce sont là des indications de choix, ces circonstances demeurent exceptionnelles. On pourra d'ailleurs toujours espérer que la délivrance que l'on surveille, sera moins parsemée d'incidents que les délivrances antérieures, et dans la pratique, à moins d'être en présence d'une malade qui au cours de nombreux accouchements antérieurs a présenté de semblables indications, on préférera temporiser quelque peu et attendre l'extériorisation externe ou interne d'une hémorragie de la délivrance avant d'extraire le placenta. Néanmoins, nous rapportons une observation ayant trait à cet ordre de faits. Aussi, avons-nous cru bon d'en discuter les indications.

Chez les malades présentant un placenta prævia, nous pourrons également pratiquer cette manœuvre qui s'appliquera surtout aux cas représentés par des femmes anémiées par des pertes sanguines antérieures plus ou moins abondantes. On profitera, chez elles, d'une manœuvre obstétricale d'extraction pour hâter la délivrance et éviter ainsi ces hémorragies si redoutables, au cours du placenta prævia où les pertes sanguines les plus violentes se voient surtout pendant le décollement pénible d'un placenta inséré sur la région non contractile du segment intérieur. De plus, au cours de cette complication, il sera fréquemment indiqué de pratiquer la révision des parties molles. Enfin, on connaît la fréquence des cotylédons aberrants, dont l'extraction manuelle ne saurait être différée après la délivrance. On ne peut donc pas dire que l'introduction précoce de la main dans l'utérus risquera d'être plus dangereuse après cinq minutes d'attente qu'après une demie-heure et la malade bénéficiera d'une perte sanguine souvent infiniment moindre. Toutefois, nous ne dirons pas que cette méthode s'applique à tous les cas de placenta prævia. Elle sera notamment inutile dans les cas où l'hémorragie n'a pas été très importante ou s'est arrêtée rapidement après les manœuvres pratiquées pendant le travail, surtout si la malade a conservé un bon état général. On se bornera chez elles, à surveiller attentivement la période de délivrance en se tenant prêt à intervenir, dès la première hémorragie inquiétante.

Plus importantes et infiniment plus fréquentes sont les indications représentées par un travail prolongé

au-delà des limites normales, nécessitant une intervention terminale pour l'extraction du fœtus. Chez de semblables malades, l'observation et l'expérience prouvent que cette inertie de la période du travail risque de se prolonger pendant la période de la délivrance et, ce qui est pis encore, après elle. Faisons à ce propos, une mention spéciale d'une certaine catégorie de malades qui présentent, du fait d'un état hépatique ancien, une prédisposition marquée aux hémorragies de tous ordres, souvent incoercibles. Chez de semblables malades, la délivrance artificielle précoce ne suffira pas toujours à éviter des accidents graves, car cette manœuvre restera, bien entendu, sans action sur les défauts de la coagulabilité sanguine, mais elle pourra limiter dans une certaine mesure, les hémorragies que présentent ou présenteront ces malades, permettant ainsi de pratiquer une intervention chirurgicale dans des conditions meilleures. Ces malades représentent heureusement des cas assez rares, mais fréquemment il sera donné d'observer un travail traînant, prolongé anormalement, principalement dû à une anomalie des contractions par défaut. Ces malades qui ne pourront pas, la plupart du temps, accoucher spontanément, risqueront très souvent de se délivrer dans de mauvaises conditions. C'est pourquoi on pourra, avec avantage, profiter de l'anesthésie générale rendue nécessaire par l'intervention obstétricale pratiquée, pour extraire rapidement et précocement le placenta et les membranes. Enfin, et c'est là un dernier avantage, les malades, à leur réveil, n'auront plus à subir la moindre intervention plus

ou moins douloureuse, et leur état général pourra ressentir de bons effets de cette concentration des manœuvres obstétricales, toutes pratiquées sous anesthésie.

Il est bien évident que cette méthode de délivrance artificielle précoce ne sera réalisée avec fruit que lorsque la malade se trouvera dans les meilleures conditions possibles d'asepsie et que l'opérateur aura à sa disposition toutes les commodités d'une installation suffisante. En d'autres termes, et par la force des choses on sera plus parcimonieux de cette méthode, comme de toute intervention obstétricale, à domicile qu'à l'hôpital ou maison de santé.

Cette méthode présente-t-elle des dangers ? L'étude de nos observations, les statistiques comparées de cette variété de délivrance artificielle avec les statistiques de cette manœuvre comprise dans un sens général, montreront mieux que les commentaires, l'influence de cette méthode sur la morbidité des suites de couches.

Disons toutefois, dès maintenant, que l'on sait que la cavité utérine, sitôt après la sortie de l'enfant, n'est en général pas infectée et que les manœuvres pratiquées à son intérieur sont démontrées comme étant le plus souvent sans dangers.

Enfin, après toute intervention obstétricale, laborieuse et pénible, il sera indiqué de pratiquer une revision des voies génitales pour s'assurer de l'intégrité du vagin et du segment inférieur. Il ne sera donc pas beaucoup plus difficile ni plus dangereux de profiter de cette exploration manuelle pour pratiquer la délivrance.

Il est bien certain que cette méthode ne doit toutefois pas être généralisée ; la preuve en est que nous ne rapportons que trente-huit observations sur une période de cinq années. Elle constituera donc, malgré tout, un procédé exceptionnel mais nous pensons qu'il est des cas où elle est appelée à rendre de réels services et l'on peut se demander si tout en restant dans les limites précises que nous avons signalé ci-dessus, il ne conviendrait pas d'en étendre un peu plus la pratique.

---

## CHAPITRE II

---

### **Observations**

---

Après l'exposé des indications générales de la méthode de délivrance artificielle précoce, prophylactique de l'inertie utérine, nous voulons, sans plus tarder, présenter les observations que nous avons recueilli à ce sujet à la clinique obstétricale de Lyon.

Nos recherches ont porté sur ces cinq dernières années, du mois de juin 1926 au mois de juin 1931. Nous avons ainsi, après un examen minutieux et méthodique, retenu 38 cas de délivrance artificielle précoce, qui nous paraissent illustrer suffisamment notre méthode. Nous les présenterons dans l'ordre chronologique, nous proposant de les rassembler ensuite par catégories et de les discuter dans les pages qui suivront.

## OBSERVATION I

D... L..., née A..., 30 ans, Vgeste.

Entrée le 9 décembre 1926, aux expectantes, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Dans ses antécédents pathologiques on relève une grippe grave en 1918, une broncho-pneumonie soignée à la Charité, lors d'une fausse-couche en 1922 et une albuminurie pendant 2 mois à la fin de sa troisième grossesse. Il s'agit, en effet d'une Vgeste ; premier accouchement à terme d'un enfant mort à 17 mois de broncho-pneumonie ; fausse-couche de 3 mois et demi ensuite ; troisième accouchement à terme d'un enfant actuellement vivant. Le quatrième accouchement a eu lieu à la Maternité ; l'enfant est mort. Renseignements pris, il s'agissait d'une présentation de l'épaule négligée. La malade a été amenée après 4 jours de douleurs ; la version a été réussie mais l'extraction différée en raison d'une rétraction de l'anneau de Bandl. L'expulsion spontanée du siège a eu lieu 24 heures après, et on a pratiqué la craniotomie sur tête dernière. On ne note rien de spécial au sujet des accidents possibles de la délivrance de ses accouchements antérieurs.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les dernières règles sont du 10-12 mars. L'accouchement probable est pour le 17 décembre. On a diagnostiqué une présentation du siège probable. Il s'agit en réalité d'une présentation de l'épaule A.I.D.A.

Les douleurs débutent le 23 décembre à 0 h. 30. Elle entre à la salle de travail à 1 heure du matin. Le toucher pratiqué à ce moment-là fait reconnaître une présentation transversale et une dilatation à 2 cm., la poche des eaux s'est rompue spontanément sans qu'il soit possible de savoir à quel moment. Le chef de clinique averti aussitôt est d'avis de donner du chloral et d'attendre une dilatation suffisante pour pratiquer une version. Jusqu'à 5 heures les douleurs se succèdent, irrégulières et peu efficaces. A 5 heures le tou-

cher fait reconnaître une dilatation à une paume de main et la présentation paraît être un siège. Dans ces conditions, l'enfant ne souffrant pas on ne s'inquiète nullement, dans l'attente d'un accouchement spontané. A 7 heures, se produit une expulsion abondante de méconium pur, les bruits du cœur irréguliers sont peu modifiés. A ce moment-là, un nouveau toucher fait reconnaître dans l'orifice dilaté à une petite paume de main, la présence d'un membre supérieur. En face des signes manifestes de souffrance de l'enfant et la certitude d'une présentation transversale on appelle le chef de clinique qui va tenter l'extraction de l'enfant dans les délais les plus rapides.

Le col, toujours dilaté à une petite paume de main, œdématisé sur sa lèvre antérieure, ne paraît pas facilement dilatable. On trouve dans l'orifice du col, l'extrémité d'un membre supérieur, et l'anse longue du cordon, qui ne tarde pas à apparaître à la vulve, coloré en vert. La recherche d'un pied est aisée (il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche, dorso-postérieure). Le pied gauche est abaissé premier. Le deuxième pied est également abaissé sans difficulté. On pratique alors des tractions sur les deux pieds. Le dégagement du siège n'est pas difficile. Celui du tronc et des épaules est plus laborieux. Malgré tout, on réussit le dégagement de ces dernières, par la manœuvre de Deventer. Quant à l'extraction de la tête dernière, par manœuvre de Mauriceau, elle se heurte à des difficultés considérables, à cause de la rétraction de l'anneau de Bandl sur le cou de l'enfant. Le menton et la bouche sont difficilement accessibles. L'enfant, ayant succombé depuis longtemps (absence de battements du cordon) on se résigne à la craniotomie. La perforation simple restant insuffisante on pratique alors la cranioclasie. L'introduction de la branche creuse rencontre de sérieuses difficultés. On arrive cependant à articuler l'appareil et au bout de quelques tractions prudentes, l'extraction est terminée. La prise a été faite sur la face.

La délivrance artificielle est pratiquée quelques instants après. La durée du travail a été de 8 h. 15. Révision des parties molles. On fait enfin un lavage intra-utérin iodo-ioduré.

L'accouchement est terminé le 23 décembre à 8 h. 45. L'enfant pèse 2.700 gr. sans la substance cérébrale.

Dans les suites de couches, on trouve de la fièvre le 5<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup> jour à 38°5 et à 39°. Puis tout rentre dans l'ordre.

La malade sort le 9 janvier. Son état est satisfaisant.

## OBSERVATION II

F... Carmen, née D..., 22 ans, entrée le 29 octobre 1927.

Primipare. Ne présente rien de spécial au point de vue antécédents héréditaires, collatéraux, et personnels. Au point de vue pathologique, scarlatine à 11 ans. Bonne santé habituelle.

Ses dernières règles sont du 10-13 janvier. L'accouchement probable est pour le 18 octobre.

La grossesse a été pénible au cours des derniers mois.

La malade arrive dans le service le 29 octobre à 17 h. 30 envoyée par une sage-femme. A son arrivée la température est de 38°2, le pouls est à 100. Pas d'albumine. Elle a des douleurs depuis 1 heure du matin, et a perdu les eaux spontanément à 9 heures. Le liquide amniotique clair au moment de la rupture des membranes est verdâtre à l'arrivée dans le service (rupture précoce des membranes 21 heures avant l'accouchement). L'examen pratiqué par Monsieur l'interne révèle un col épais, résistant, dilaté à 6 centimètres, la tête est fixée au détroit supérieur en O.I.D.P., non fléchie. La petite fontanelle n'est pas accessible.

A 20 h. 30, la dilatation est la même. On prévient M. Gaucherand de l'état de la parturiente. Il ordonne du chloral. On lui en administre 3 grammes pendant la nuit.

Le 30 octobre, à 7 heures, la température est de 39°6, le pouls est à 128, les bruits du cœur sont comptés à 172. A 8 h. 15, sous anesthésie à l'éther, M. Gaucherand fait pendant 30 minutes de la dilatation bi-manuelle. Puis, aidé de l'interne, il fait une application de forceps. A l'auscultation, les bruits du cœur ne sont plus perçus. Le forceps est alors retiré et on pratique une craniotomie. Après quel-

ques tractions modérées afin de ménager le col qui est intact ainsi que le périnée, l'enfant du sexe masculin, est extrait. Il pèse 3.000 grammes sans la substance cérébrale. La délivrance artificielle est pratiquée ensuite par l'interne. La durée totale du travail a été de 34 heures.

En raison de la température et de l'intervention, on termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Après l'accouchement la malade est réchauffée, sinapisée puis transférée à la 2<sup>e</sup> infirmerie. Les suites de couches sont marquées par deux ou trois poussées thermiques au-dessus de 38° pendant la première semaine.

La température à l'arrivée à la 2<sup>e</sup> infirmerie est de 39°7, le pouls est à 110. La malade accuse de violentes douleurs dans les reins. On applique une vessie de glace sur le ventre et le lendemain, après une nuit assez calme, la température est à 38° et le pouls à 92.

Le 1<sup>er</sup> novembre, nouvelle poussée thermique à 38°5 et 39°5 qui fait que l'on décide de faire à la malade 20 cc. de sérum anti-streptococcique que l'on renouvelle 3 fois. La température redescend dès le 7 novembre et la malade sort le 12 novembre dans un état satisfaisant.

### OBSERVATION III

D..., Joséphine, 20 ans, entrée le 20 avril 1928.

Tertipare, ayant eu un premier accouchement normal à terme, d'une fille vivante, en bonne santé, et un deuxième accouchement également normal et à terme d'une fille morte à 18 mois de broncho-pneumonie. Rien de spécial n'est mentionné au sujet de la délivrance de ses accouchements antérieurs. Bonne santé habituelle de la parturiente. Rien à signaler dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les dernières règles sont du 18 septembre. L'accouchement probable doit avoir lieu le 28 juin.

La malade arrive dans le service le 20 avril à 10 h. 30, en présentation de l'épaule négligée, main à la vulve. La

rupture de la poche des eaux, date de plusieurs heures déjà. Les bruits du cœur fœtal sont bons. On examine la malade. Il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche, dos en arrière. Le col est à peu près complètement dilaté, mais l'utérus est vide d'eau, l'anneau de Bandl est déjà considérablement rétracté. Malgré le faible volume de l'enfant prématuré (7 mois), la version s'annonce difficile. En effet, des tentatives prudentes ne permettent pas à la main, répondant à l'abdomen du fœtus d'arriver jusqu'aux pieds. On ne pousse pas plus loin les tentatives de version.

Monsieur le Professeur Voron est prévenu, il examine la parturiente. Les bruits du cœur sont encore bien frappés. Cependant ils ont été par moments un peu irréguliers.

Considérant le fœtus comme tout à fait compromis, M. le Professeur ne voulant pas faire courir à la mère des risques hors de proportion avec les faibles chances de survie de l'enfant, décide de pratiquer l'embryotomie rachidienne. Sous anesthésie générale à l'éther, on pratique une embryotomie rachidienne en écharpe. L'intervention, assez laborieuse et pénible, est menée à bien sans incidents. Le fœtus est séparé en deux tronçons et on fait une craniotomie sur la tête dernière.

On pratique la délivrance artificielle immédiate, et on fait la vérification des voies génitales de la mère qui sont intactes.

Les suites de couches sont normales.

La malade sort le 27 avril en bon état.

#### OBSERVATION IV

V..., née R..., 35 ans.

Entre aux expectantes le 15 juin 1928. Il s'agit d'une primipare, ne présentant rien de spécial dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle est aux environs du terme. Les dernières règles sont en effet de la période du 8-13 septembre,

l'accouchement probable est pour le 18 juin. Grossesse bien supportée. On diagnostique une grossesse gemellaire, avec une tête fortement engagée à l'arrivée, et un siège dans chaque corne. La hauteur du fond utérin est de 44 cm. et les parois sont très tendues. Les bruits du cœur sont entendus. Toutefois on ne note pas deux foyers maximum d'auscultation.

Les douleurs débutent le 17 juin à 19 heures. Les membranes se rompent le 18 juin à 14 heures 30. Elle entre alors à la salle de travail. Son col est dilaté à 4 cm. Le liquide amniotique est verdâtre. La dilatation complète ne s'est produite que le 19 à 11 heures 15.

En raison de la prolongation du travail qui a duré en tout 40 heures 25, on décide d'intervenir et d'extraire les 2 fœtus. On pratique un toucher et on constate une présentation en O.I.D.P. Le col n'est pas complètement effacé. On le refoule et on fait une première application de forceps. La tête se dégage en occipito-sacrée.

Après l'extraction du premier enfant, on pratique un nouveau toucher qui permet de reconnaître une nouvelle présentation du sommet. On rompt la poche des eaux, on pratique une version par manœuvres internes, suivie d'une grande extraction du siège. Cette deuxième intervention est aussi aisée que la première a été laborieuse.

On pratique enfin la délivrance manuelle immédiate.

Du côté des parties molles on constate une petite languette qui apparaît à la vulve et est le résultat d'une déchirure du col. Cette déchirure est strictement limitée au col que l'on restaure au moyen de catgut. Du côté du périnée, on constate une déchirure assez profonde du bloc périnéal ayant toutefois respecté le sphincter. On restaure le périnée au moyen de 2 crins de Florence.

Dans les suites de couches, on note, après huit jours d'apyrexie, l'apparition de la fièvre au 9<sup>e</sup> jour. Il s'agit d'une pyélonéphrite. La malade sort le 4 juillet 1928 au 15<sup>e</sup> jour, malgré l'avis du chef de service, la température étant à 38°6. L'état des enfants est satisfaisant. Ils pesaient respectivement à la naissance, le 1<sup>er</sup>, 3.410 gr. et le 2<sup>e</sup>, 2.260 gr.

## OBSERVATION V

M., Antoinette, née M., 33 ans.

Primipare, ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents. La grossesse actuelle est à terme à son arrivée dans le service. Dernières règles : 30 octobre. Accouchement probable : 10 août. La malade a présenté des vomissements bilieux et alimentaires pendant toute la durée de la gestation. Elle est venue 3 fois à la visite. Il s'agit d'une présentation du sommet en O.I.D., la tête est mobile, les bruits du cœur sont entendus. Le promontoire est atteint à 10 cm 5. A la radiographie on a un bassin aplati dont le diamètre transverse est de 12 centimètres.

Le 11 août à 10 heures, le docteur Brochier introduit une bougie de Krausé qui ne détermine aucune douleur. Le 13 août, à 10 heures, on retire la première bougie et on en introduit une deuxième. La parturiente ressent les premières douleurs à 13 heures ; elles sont espacées de 20 minutes.

Le 14 août, à 6 heures 30, on l'examine. Le col est dilaté à 6 centimètres, la tête est toujours mobile. A 15 heures, nouvel examen : la dilatation est toujours à 6 cm., la température étant de 37°8. A 17 heures, la température est de 38°3. On introduit alors un ballon de Champetier afin de compléter la dilatation et en même temps pour faire de la dilatation préfoetale. Après l'introduction du ballon, les douleurs deviennent exagérées ; à 19 heures la malade a envie de pousser et elle expulse le ballon à 21 heures. Aussitôt après l'expulsion du ballon, le docteur Brochier fait un toucher. Le col est dilaté à une grande paume de main, mais complètement dilatable. Il introduit la main droite, rompt la poche des eaux. Le liquide est abondant, verdâtre. Il va à la recherche d'un pied, et saisit le pied gauche. Il éprouve de grandes difficultés à faire l'évolution du fœtus. Une fois l'évolution terminée, le fœtus est immédiatement extrait, le bras antérieur est dégagé le premier puis on fait l'évolution de façon à amener le bras postérieur, antérieur. La tête dernière est extraite par la manœuvre de Mauriceau combinée à celle de Champetier.

L'enfant du sexe masculin est en asphyxie blanche. Il est ranimé après 12 minutes par un bain chaud, friction à l'alcool camphré. Il pèse 4.350 grammes.

On pratique la délivrance artificielle immédiate, et on fait sur le périnée 3 points de suture musculo-cutanés en raison de la déchirure.

La durée totale du travail caractérisé par des contractions irrégulières a été de 30 heures 25.

On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée, en raison de la température et de l'intervention.

Les suites de couches ont été normales et la malade est sortie le 30 août dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION VI

V..., née F..., 26 ans, entrée le 22 août 1928.

Iigeste, ne présentant rien à signaler dans ses antécédents, si ce n'est une fausse couche de 3 mois et demi. La grossesse actuelle a été marquée par des coliques hépatiques au 6<sup>e</sup> mois. Dernières règles : 7-11 novembre. Accouchement probable : 16 août.

La malade est venue plusieurs fois à la visite où l'on constate que le fœtus est en présentation du siège. Tentatives de version sans résultat le 30 juillet. Le 21 août elle ressent les premières douleurs. A 15 heures, elle perd spontanément les eaux. Elle entre à la salle du travail le 21 août à 16 h. 30. Le col est à ce moment-là perméable à 1 doigt. A 22 heures, comme elle a surtout des douleurs lombaires, on lui fait prendre 3 grammes de chloral, pendant la période de dilatation. Le 22 à 10 heures le col est dilaté à 6 centimètres, le siège plonge (S.I.D.). Les bruits du cœur sont entendus. A 16 heures, la dilatation est à une paume de main. Par ordre du chef de clinique, on essaie d'abaisser un pied. N'y parvenant pas, on essaie deux prises de forceps. Enfin, on parvient à abaisser le pied antérieur. Les bruits du cœur sont entendus plus faibles. Le liquide amniotique devient méconial. Il y a rétraction utérine et la température est à 38°.

On arrive à faire l'extraction. On éprouve des difficultés pour le dégagement des bras et de la tête dernière. L'extraction de la tête est impossible quoique la bouche apparaisse à la commissure postérieure. L'enfant ayant succombé, le Docteur Brochier fait une craniotomie sur la tête dernière. La durée du travail a été de 26 heures 45. L'enfant, du sexe masculin, pèse 3.450 grammes.

L'interne fait la délivrance artificielle immédiate et on termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Les suites de couches sont normales et la malade sort le 2 septembre dans un état très satisfaisant.

#### OBSERVATION VII

P..., Marguerite, née R..., 19 ans, entrée le 13 septembre 1928.

Primipare, ayant une bonne santé habituelle, et ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents. D. R. : 20-24 décembre. A. P. : 28 septembre.

La malade a présenté des nausées pendant tout le cours de la grossesse, ainsi que des douleurs lombaires et abdominales durant les premiers mois. Elle arrive dans le service le 13 septembre, à 21 heures, accusant des douleurs depuis ce même jour à 4 heures. Sa grossesse est donc à 8 mois et demi. A l'arrivée, elle a une température de 38°3. La poche des eaux a été rompue artificiellement par une sage-femme à 15 heures. Il s'agit d'une présentation du sommet. Au palper, la tête est amorcée en O. I. G. Au toucher, le col est dilaté à 5 centimètres. Il existe une bosse séro-sanguine volumineuse, qui appuie un peu sur le col au moment des contractions. Elle n'accuse que des douleurs lombaires, on lui donne 3 grammes de chloral qu'elle absorbe pendant la nuit.

Le 14 au matin, la température est de 37°5, le col est œdématié, dilaté comme une pièce de 5 francs. A 11 heures 30 le Docteur Pigeaud l'examine, trouve la dilatation à une paume de main. A 12 heures 30, la température est de 38°3. A 14 heures 30, le Docteur Pigeaud intervient sous anes-

thésie. Il fait une application de forceps avec lacs. Deux tentatives successives restent infructueuses en raison du dérapage. Il fait alors une version qui est difficile en raison de la rétraction utérine. Il arrive sur un pied qu'il abaisse avec précaution, fait faire l'évolution. Il dégage le siège, le tronc. Les bras sont relevés, il dégage le bras antérieur le premier, fait faire une rotation du fœtus pour amener le bras postérieur en avant, qu'il dégage ensuite. L'extraction de la tête dernière est faite par la manœuvre de Mauriceau, combinée à celle de Champetier.

L'enfant, du sexe féminin, ne présente aucun battement cardiaque et pèse 3.050 grammes.

La délivrance est faite artificiellement par le Docteur Pigeaud aussitôt après. Le placenta est complet. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée. Il y a une légère déchirure du périnée qui nécessite un point de suture. La durée totale du travail a été de 35 heures.

Après 5 jours de température au-dessus de 38, la température est revenue à la normale, et la malade est sortie de la clinique le 28 septembre, dans un état satisfaisant.

## OBSERVATION VIII

Julie B..., née B..., 41 ans, entrée le 20 septembre 1928.

Grande multipare ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents. Elle a eu 9 accouchements antérieurs se détaillant ainsi qu'il suit :

9 février 1912 : fille en bonne santé.

3 décembre 1914 : garçon en bonne santé (forceps).

4 avril 1917, garçon en bonne santé (forceps).

3 juin 1918, garçon en bonne santé.

22 Mai 1920 : garçon en bonne santé (forceps).

4 juin 1921 : fille en bonne santé (version).

23 décembre 1922 : garçon en bonne santé (forceps).

Janvier 1925 : fausse couche.

Octobre 1925 : nouvelle fausse couche.

Dans la grossesse actuelle, il n'y a pas eu d'accidents ni de complication. D. R. : 12 décembre. A. P. : 22 septembre.

Il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche, dos en arrière. Les bruits du cœur sont entendus. Les douleurs débute le 23 septembre à 5 heures. La malade qui était aux expectantes depuis le 20 entre aussitôt à la salle de travail. Le col est alors dilatable à 5 centimètres. A 8 heures 50 la dilatation est complète. On rompt alors artificiellement les membranes et le Docteur Pigeaud aidé de l'Interne, pratique une version, au cours de laquelle se produit une fracture du bras gauche. La durée du travail a été de 5 h. 40.

La délivrance artificielle est pratiquée aussitôt après l'extraction de l'enfant, du sexe masculin, qui naît étonné et pèse 2.870 grammes. Il n'y a pas de déchirure périnéale.

Les suites de couches sont normales, absolument apyrétiques et la malade quitte la clinique le 11 octobre dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION IX

C..., née H..., 43 ans, entrée le 26 septembre 1928.

IVgeste, ayant eu depuis 1912, 3 accouchements normaux, à terme avec enfants vivants. Dans ses antécédents pathologiques, on note qu'en 1912 elle a eu quelques hémoptysies, qu'en 1922 elle a présenté pour la première fois de la dyspnée, disparue ensuite pendant 3 ans, puis revenue. Le 2 septembre 1928, étant enceinte, elle tombe malade, accusant des douleurs dans les poumons du côté droit et présentant une grande dyspnée. Ses dernières règles sont du 20-23 février. Elle est hospitalisée. Le 11 septembre on note que son état va mieux, cœur ralenti, pulsations régulières. Pas de signes d'insuffisance mitrale mais signes typiques de rétrécissement. Au point de vue pulmonaire on a de la matité de la base droite avec présence probable de liquide. A l'auscultation on trouve aux deux bases, de petits râles aspiratoires humides. Un prélèvement du liquide ne permet pas de déceler de B. K. On trouve seulement quelques rares cellules endothéliales et de nombreuses hématies. Dans la nuit du 26 au 27 septembre la malade commence à avoir des douleurs et est envoyée à la clinique obstétricale. Elle entre à la

salle de travail à 5 heures, ses douleurs avaient débuté à 4 heures. Il s'agit d'une présentation du sommet O.I.D.P., mobile. Les bruits du cœur sont entendus.

Le col est à ce moment perméable à 1 doigt. Pendant son travail, la malade est extrêmement essoufflée et on est obligé, en permanence, de la tenir assise avec deux oreillers. Elle ne présente pas de cyanose à proprement parler. Son cœur est rapide (pouls à 120) avec quelques extra-systoles. L'état paraît assez inquiétant et on décide d'accélérer le travail.

L'examen du col ayant révélé antérieurement une dilatation à marche traînante par suite d'un certain degré de rigidité cicatricielle, on décide, la poche des eaux étant intacte, de décoller les membranes autour du segment inférieur. Cette opération est pratiquée à 9 heures. Malgré cela, la malade présente des contractions de courte durée et à 10 heures 30 la progression de la dilatation s'est à peine accentuée.

On décide alors la mise en place d'un ballon de Champetier. Cette intervention est faite facilement, sous anesthésie et on en profite pour ramener la lèvre antérieure du col aussi en avant que possible. Le segment inférieur présente une sacculaton très marquée. Environ 1 heure après l'introduction du ballon, la malade présente des contractions plus fréquentes et plus intenses. L'état général demeure toujours inquiétant avec dyspnée intense, phénomènes d'oppression et d'agitation.

A 13 heures 30, la malade fait quelques efforts expulsifs. Le ballon est retiré après quelques tractions prudentes. Puis on perfore les membranes qui laissent écouler un flot de liquide amniotique, on pratique enfin sous anesthésie, une version par manœuvres internes, réalisée sans difficulté, malgré une certaine contracture de l'anneau de Bandl. Cette manœuvre permet d'extraire un petit enfant vivant qui crie aussitôt.

On pratique ensuite la délivrance artificielle immédiate, sans difficultés. Mais pendant cette dernière manœuvre, la malade prend une syncope brusque. On essaye de pratiquer du solu-camphre intra-veineux, mais tout demeure inutile et la malade meurt le visage très cyanosé. Pendant le

travail on lui avait déjà administré 3 ballons d'oxygène et une injection intra-veineuse de 1/4 de milligramme d'ouabaïne.

#### OBSERVATION X

G..., née C..., 41 ans, entrée le 30 septembre 1928.

Primipare, ne présente rien de spécial dans ses antécédents. Bonne santé habituelle, n'a eu que quelques maladies infectieuses de l'enfance.

D. R. : 18-22 décembre. A. P. : 27 septembre.

La malade est venue plusieurs fois à la consultation, et l'on a constaté que le fœtus est en présentation du siège décomplété mode des fesses, S.I.G. Les bruits du cœur sont entendus. Les premiers mois de la grossesse ont été marqués par des vomissements bilieux. La version a été tentée sans résultat, à la consultation. Elle perd les eaux le 30 septembre à 1 heure 30 accusant des douleurs depuis 1 heure. La malade n'accuse que de petites douleurs lombaires, le col mesure encore 2 cm de long ; le segment inférieur est mal constitué, le fœtus est en S.I.G., siège décomplété mode des fesses.

Le 30 septembre à 16 heures, on examine la parturiente ; le col est effacé, perméable à la pulpe du doigt, il s'écoule du méconium à pleine vulve, les bruits du cœur sont normaux, la température est à 36°9. Le Docteur Pigeaud décide de faire une rachianesthésie afin d'avoir l'enfant vivant. A 17 heures 50 il fait la rachianesthésie, à 18 heures 5, il fait la dilatation du col, qui est rapidement complète en 4 minutes. Il abaisse le pied antérieur. Le siège et le tronc sont dégagés assez facilement, mais il éprouve de la difficulté pour le dégagement des bras qui sont relevés. Le bras postérieur est dégagé le premier, puis l'antérieur. La tête dernière est extraite par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant, du sexe féminin, naît flasque, pâle, et est ranimé après 12 minutes par les moyens ordinaires ; elle pèse 2.800 grammes. Au cours du dégagement des bras il s'est produit une déchirure complète du périnée dont la suture a

nécessité 2 points au catgut sur la muqueuse rectale et 3 points sur le périnée. Immédiatement après l'extraction de l'enfant, on a pratiqué la délivrance artificielle.

La durée totale du travail a été de 18 heures.

Les suites de couches ont été normales sauf une légère élévation thermique qui n'a duré qu'un jour, lors de l'ablation des fils de la suture périnéale.

#### OBSERVATION XI

Thérèse C..., 23 ans, entrée le 15 octobre 1928.

Primipare, sans le moindre antécédent pathologique. La grossesse a été bien supportée.

D. R. : 17-21 janvier. A. P. : 26 octobre.

La malade est venue plusieurs fois à la visite. Le 15 octobre on note : présentation du sommet O.I.G., tête mobile, un peu débordante, le segment inférieur a subi un début de constitution dans sa partie antérieure ; arc antérieur de rayon réduit et redressé, promontoire inaccessible. Il s'agit d'un bassin rétréci transversalement ou à diamètre antéro-postérieur prédominant, confirmé par la radiographie. On décide l'accouchement prématuré provoqué, la malade étant à terme le 27 octobre.

Le 18 octobre, à 10 heures, l'Interne introduit sans trop de difficultés une bougie de Krause. Elle ressent les premières douleurs le 19 à 16 heures. Le 20 à 10 heures, elle est examinée par M. le chef de clinique Gaucherand. Le col est effacé, dilaté comme une pièce de 5 francs, la poche des eaux est intacte. Il retire la bougie. La parturiente ne se plaint que de douleurs lombaires. Elle perd spontanément les eaux à 16 heures 15. La température est de 38°4. On l'examine, le col est dilaté à une petite paume de main. A 19 heures, la dilatation est complète ; les contractions s'espaçant et sont faibles, malgré 2 grammes de quinine, administrés à 20 minutes d'intervalle. Un nouveau gramme de quinine est administré et ne produit aucun effet.

A 20 heures, Monsieur le Chef de clinique est prévenu et c'est le Docteur Brochier qui, 10 minutes après, sous anes-

thésie, aidé de Monsieur l'Interne, fait une première application de forceps. La tête fixée au détroit supérieur ne progresse pas malgré de vigoureuses tractions. Une nouvelle prise fait progresser la tête, mais au moment où l'on s'apprête à enlever le forceps et à terminer le dégagement à la main, le périnée éclate brusquement et la tête sort en O.S. Le Docteur Brochier fait la délivrance artificielle immédiate. Malgré cela la malade continue à perdre. L'utérus est en inertie totale et on fait de la compression pubio-manuelle pendant quelques minutes. La suture périnéale est faite aux crins de Florence et on termine par une injection iodo-iodurée.

L'enfant, du sexe féminin, né étonné, et ranimé après 20 minutes par les moyens habituels (bain chaud, frictions à l'alcool camphré), présente un chevauchement des pariétaux sur l'occipital et sur les frontaux. Il pèse 2.720 grammes.

La durée totale du travail, caractérisé par l'insuffisance des contractions et par une température de 38°4 a été de 28 heures 45.

Les suites de couches ont été fébriles et la malade transférée à la II<sup>e</sup> Infirmerie où on lui fait, en raison de sa température élevée, et sur l'ordre de Monsieur le Professeur Voron, du vaccin de Delbet.

Le 7 novembre, la malade se sent mieux. La température est tombée à la normale. Le pouls est à 106. La déchirure du périnée s'arrange d'une façon parfaite.

Le 11 novembre, la température est à 37°2, le pouls à 76. La malade va mieux. Elle sort le 16 novembre, dans un état satisfaisant.

## OBSERVATION XII

C..., née V..., 36 ans, entrée le 5 novembre 1928, ne présente rien à signaler dans ses divers antécédents.

VIIpare, dont les 6 accouchements antérieurs peuvent se détailler ainsi qu'il suit :

- |                 |              |                                      |
|-----------------|--------------|--------------------------------------|
| 1 <sup>er</sup> | accouchement | normal, enfant vivant.               |
| 2 <sup>e</sup>  | —            | forceps, fille vivante.              |
| 3 <sup>e</sup>  | —            | spontané, mort-né.                   |
| 4 <sup>e</sup>  | —            | craniotomie.                         |
| 5 <sup>e</sup>  | —            | césarienne, enfant vivant.           |
| 6 <sup>e</sup>  | —            | version, enfant vivant, de 4.110 gr. |

La grossesse actuelle a été bien supportée. Il s'agit d'une présentation du sommet O.I.G.

D. R. : février. A. P. : novembre.

L'accouchement se produit à terme dans un bassin aplati, généralement rétréci, après 22 heures 30 de travail.

Les douleurs débutent le 5 novembre à 11 heures. Entrée, ce même jour à la salle de travail, son col est dilaté à 2 centimètres à l'arrivée. La dilatation complète a lieu le 6 novembre à 21 heures 5. Au même moment, se produit la rupture spontanée de la poche des eaux, donnant issue à une grande quantité de liquide amniotique d'aspect tout à fait normal. La présentation est en O.I.G. avec une tête très mobile et très haute. Cette tête étant restée mobile jusqu'à dilatation complète on se met immédiatement en devoir de pratiquer une version podalique, par manœuvres internes. La main gauche est introduite jusqu'aux pieds du fœtus. On saisit le pied droit (pied antérieur) et l'on tente de faire l'évolution du fœtus. Celle-ci est particulièrement difficile. On lâche le pied et avec la main droite on repousse la tête du fœtus aussi haut que possible. Cette manœuvre étant pratiquée pendant l'intervalle des contractions utérines. Ceci fait, on reprend les tractions sur le pied antérieur, pendant qu'un aide refoule la tête dans la corne utérine gauche.

On arrive ainsi à engager le siège dans le vagin. L'arrachement de la branche postérieure, nécessite des tractions répétées très vigoureuses. L'accouchement des épaules est de difficulté moyenne, pratiqué par la manœuvre de Daventer. La manœuvre de Mauriceau combinée à un Champetier énergique termine l'extraction du fœtus qui naît étonné, mais crie au bout de 10 minutes. Il pèse 4.550 grammes.

On pratique immédiatement la délivrance artificielle et aussitôt après on procède à une vérification minutieuse des

parties molles. On note une déchirure de la lèvre antérieure du col, remontant jusqu'au cul-de-sac antérieur qui n'est pas intéressé. Le segment est intact.

D'ailleurs, la malade ne perd pas et son utérus se contracte bien. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Les suites de couches sont normales et à la sortie, le 24 novembre, on note l'état satisfaisant de la mère et de l'enfant.

### OBSERVATION XIII

Du., Anna, 31 ans, entrée le 6 novembre 1928.

Ilpare, présentant des antécédents pulmonaires, a fait un séjour de 4 mois à Hauteville, en 1926, et un séjour de 4 mois également en 1927, à St-Genis-l'Argentière.

Son premier accouchement a eu lieu en 1925, à terme. Il s'agissait d'une gemellaire. Le garçon est mort à 1 an, de bronchite; et la fille à 4 mois de cause ignorée.

Rien à signaler au cours de la grossesse actuelle.

D. R. : 1<sup>er</sup> février. A. P. : 10 novembre.

La malade vient d'une clinique le 6 novembre. Le fœtus est en présentation du siège S.I.D. décompleté, mode de fesses, mobile. Les bruits du cœur sont entendus. Dès que l'on tente la version par manœuvres externes, l'utérus se contracte et devient dur comme du bois. A l'arrivée, la température est de 37°8, le col est très en arrière, en voie d'effacement, perméable à 1 doigt. La malade se plaint surtout d'une douleur sciatique à chaque jambe. Les contractions sont espacées de 15 à 20 minutes, et durent ainsi toute la nuit. A partir de 5 heures du matin elles sont espacées de 5 minutes. A 10 heures on l'examine ; la poche des eaux volumineuse remplit tout le vagin. A ce moment elle se rompt. Il s'écoule environ 2 litres de liquide clair, le siège qui était mobile descend en S.I.D. On sent le cordon que l'on refoule aussi haut que possible. Le col est dilaté à une paume de main. Les bruits du cœur sont entendus. A 11 heures 20, la dilatation est complète.

Sous anesthésie au Kélène, Monsieur le Chef de clinique abaisse le pied antérieur. L'enfant est volumineux. Il a fallu exercer des tractions énergiques pour faire engager et extraire le fœtus qui naît flasque, pâle et crie aussitôt après avoir été mis dans un bain chaud. Il pèse 4.280 grammes.

Le Docteur Baussillon fait aussitôt après, la délivrance artificielle, ainsi que la vérification des parties molles maternelles. Il sent une déchirure du col qui n'intéresse que la portion vaginale. La peau du périnée est seule intéressée. On restaure au moyen de deux points cutanés. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée, en raison de l'intervention.

La durée totale du travail a été de 30 heures 40.

Les suites de couches ont été normales et la malade est sortie le 17 novembre 1928. Son état, ainsi que celui de l'enfant sont satisfaisants.

#### OBSERVATION XIV

F..., Annette, née R..., 37 ans, entrée le 4 novembre 1928.

Primipare, de santé débile, mais ne présentant rien de spécial à signaler dans ses antécédents. La malade entre dans le service pour rupture prématurée des membranes, le 4 novembre au matin, huit jours avant la date prévue pour le terme de sa grossesse.

D. R. : 10 février. A. P. : 20 novembre.

Au mois de juin 1928, alors que la malade était enceinte de quatre mois et demi environ, elle a présenté une crise abdominale violente, avec fièvre, vomissements, réaction péritonéale. Il s'agissait de troubles trophiques au niveau d'un fibrôme préexistant à la grossesse. La malade entre alors dans le service du Professeur Villard qui intervient le 22 juin 1928 et pratique une myomectomie. On referme la paroi sans drainage.

Les suites sont assez troublées. Menaces d'avortement cédant à la morphine. Au 10<sup>e</sup> jour, déhiscence de la paroi abdominale due à un hématome suppuré. Il ne s'est pas agi d'éviscération véritable.

La grossesse continue normalement, la malade conservant à la partie supérieure de sa cicatrice de laparotomie, une plaie bourgeonnante, en raison de la distension progressive de la paroi par l'utérus gravide, qui empêche l'épidermisation.

Le 4 novembre 1928, la malade entre dans le service. Rupture prématurée des membranes la veille au soir. Au palper, présentation du sommet en O.I.G.A., tête fixée. Au toucher, tête s'engageant dans l'excavation. Segment inférieur bien constitué. Le col est fermé et présente toute sa longueur. Bruits du cœur normaux.

La situation se prolonge ainsi jusqu'au 7 novembre. Pas de début de travail, pas de fièvre. Les bruits du cœur restent réguliers.

M. le Professeur Voron a, en principe, décidé d'intervenir en raison des risques courus par l'enfant dans ce travail qui tarde, en raison du danger existant au niveau de la paroi abdominale, très amincie, mal cicatrisée, en raison enfin des doutes que l'on peut avoir sur la solidité de la paroi utérine.

Le 7 novembre au matin, le liquide amniotique devient méconial. Les bruits du cœur fœtal sont, par moments, irréguliers. La température s'élève à 38°.

A 18 heures, M. le Docteur Baussillon fait une rachianesthésie (Scurocaïne en poudre, 0,10 centigr.). La dilatation du col est commencée à 18 h. 25. A ce moment le col est imperméable, gardant sa longueur.

A 18 h. 35, l'anesthésie est parfaite. La dilatation devient facile et se fait rapidement. Elle est complète, sans déchirure.

Application de forceps assez difficile, car les manœuvres de dilatation ont déplacé la tête fœtale. Il faut faire plusieurs prises.

Extraction d'un enfant vigoureux, du sexe féminin, de 3.060 grammes.

On pratique la délivrance artificielle immédiate et on ne trouve aucune lésion des parties molles.

Le 16 novembre, M. le Professeur Voron examine la malade. Il note ceci :

« La malade a présenté dans les heures qui ont suivi l'accouchement une assez vive douleur dans la partie basse de la fosse iliaque gauche, en même temps que la température montait progressivement aux environs de  $39^{\circ}$ , l'état général restant bon. Pression douloureuse dans la fosse iliaque avec défense de la paroi, et peut-être un peu d'empâtement profond.

« Le toucher montre en même temps qu'une petite déchirure du col à droite, n'atteignant pas l'insertion vaginale, une déchirure plus étendue à gauche, dont les lèvres antérieure et postérieure, se perdent dans une petite dépression au fond du cul-de-sac gauche. Si, probablement la déchirure s'est prolongée vers la base du ligament large gauche et le paramètre, il y a eu là, un petit hématome expliquant la douleur localisée et l'élévation thermique. »

La première semaine après l'accouchement la malade a  $39^{\circ}$  de fièvre et des frissons. Puis la température baisse progressivement et la malade sort le 6 décembre 1928. La mère et l'enfant sont dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XV

O... Marie, 38 ans, entrée le 18 décembre 1928.

Secondipare, ne présentant rien de spécial dans ses divers antécédents. Son premier accouchement a eu lieu 18 mois auparavant et a nécessité un forceps. L'enfant est vivant.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : mars. A. P. : décembre.

La malade arrive dans le service le 18 décembre à 8 h 15, envoyée par un médecin pour présentation de la face avec défaut de rotation. La température est de  $37^{\circ}4$ , les urines contiennent un disque d'albumine. H. U. : 37 cm. Les bruits du cœur sont entendus. Au toucher, la dilatation est complète, c'est une M.I.D.T. qui paraît fixée. La malade dit que le médecin a fait à domicile une tentative de forceps.

Monsieur le Chef de clinique étant prévenu de l'état de la parturiente, tente de faire, sous anesthésie, la rotation

manuelle, mais le menton ne reste pas en avant. Il fait une application de forceps, mais s'aperçoit qu'une cuiller est appliquée sur la face. La tête étant refoulable, il fait faire la version par Mlle l'Interne, après s'être assuré qu'il n'y avait pas de rétraction utérine. La version est faite sans difficulté. Le siège et le tronc sont facilement extraits, les bras sont modérément relevés. Ils sont dégagés, le postérieur le premier, puis l'antérieur. La tête dernière est extraite par la manœuvre de Mauriceau, combinée à celle de Champetier. La durée totale du travail a été de 26 heures 25.

L'enfant, du sexe féminin, née cyanosée, est ranimée après 10 minutes (bain chaud, respiration artificielle, évacuation des mucosités contenues dans l'arrière-gorge) et pèse 3.300 grammes. Mlle l'Interne fait la délivrance artificielle immédiate. Le placenta est complet, mais les membranes sont dilacérées.

On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Les suites de couches sont normales. La mère est dans un état satisfaisant à la sortie, le 1<sup>er</sup> janvier 1929. L'enfant meurt à 13 jours, le 31 décembre 1928, d'une septicémie à pneumocoques avec méningite et localisations pulmonaires.

Un examen pratiqué par le Docteur Banssillon avant la sortie de la malade, montre que les parties molles sont en parfait état et que l'utérus a terminé son involution. Le col est reformé et non perméable à la pulpe du doigt.

On note que l'arc antérieur, régulièrement circulaire et symétrique est de rayon un peu inférieur à la normale. Il s'agissait donc d'un bassin un peu généralement rétréci de 9 à 9,3 de D.U.

## OBSERVATION XVI

M..., née G..., 22 ans, entrée le 25 janvier 1929.

Hipare, n'ayant rien à signaler au sujet de ses antécédents, et présentant une bonne santé habituelle.

Son premier accouchement a eu lieu en 1924, normal, à terme. L'enfant est vivant. En 1926, deuxième accouchement également normal et à terme d'un enfant mort,

La grossesse actuelle a été compliquée par une albuminurie depuis le 7<sup>e</sup> mois.

D. R. : 10-13 juin. A. P. : 19 mars.

La malade était aux expectantes depuis le 25 janvier avec une albuminurie massive. Auparavant, elle était au régime, chez elle, depuis 1 mois. Elle présente un œdème des membres inférieurs et sus-pubien très marqué. Elle est à 7 mois un tiers de gestation. Elle a ressenti les premières douleurs le 30 janvier à 3 heures. Elle entre à la salle du travail à 7 heures. Au palper on ne peut préciser la présentation, en raison de son œdème, l'auscultation est négative. La malade dit ne plus sentir bouger depuis la veille au soir. Par le toucher on ne sent aucune présentation. Le col est dilaté à 5 cm., la poche des eaux volumineuse. A 11 heures, la dilatation est complète. Sous anesthésie, Mlle l'Interne fait la version, rompt la poche des eaux qui laisse échapper un liquide rougeâtre, très abondant. Les 2 pieds sont abaissés tour à tour et arrachés malgré des tractions modérées. Finalement, Monsieur le Chef de clinique fait un forceps. L'enfant très macéré, pèse 1.950 grammes. On fait la délivrance artificielle immédiate, la malade commençant à perdre. Le placenta est très friable, déchiqueté, constituant une véritable bouillie.

On termine par une injection intra utérine iodo-iodurée.

Les suites de couches sont fébriles, et le 8 février, le Docteur Pigeaud note : « Utérus subinvolué, col perméable au doigt. Les culs-de-sac sont libres. Pas de douleurs à la pression. Rien à signaler si ce n'est le peu de mobilité de l'utérus. »

La malade sort le 23 février en bon état.

## OBSERVATION XVII

R..., née V..., 22 ans, entrée le 18 février 1929.

Primipare. Rien à signaler dans ses antécédents. Aucun incident n'a marqué la grossesse actuelle.

D. R. : 25-30 juin. A. P. : 5 avril.

La malade arrive dans le service le 18 février à 1 h. 30.

Elle est amenée par un Docteur qui avait essayé la version, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'arrivée, la dilatation est complète et l'épaule engagée. On prévient Monsieur le Chef de clinique Banssillon qui arrive aussitôt. Il donne une piqûre de morphine, puis sous anesthésie générale tente la version. On ne peut y parvenir. Il fait une embryotomie (section du cou et extraction de la tête dernière).

La délivrance artificielle est faite immédiatement, accompagnée d'une vérification des parties maternelles. On constate une déchirure latérale, à gauche, intéressant le segment. Il sent un orifice qui semble aller sous le péritoine. Comme la malade perd un peu, on lui met une mèche.

La malade est ensuite transférée à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, où l'Interne fait une laparotomie suivie de suture du segment inférieur, colpotomie et drainage. On administre ensuite de la caféine et 300 cc. de sérum.

Le 20 octobre, la malade revient dans le service. La température redescend après deux jours à 39°3. Le pouls est à 70.

Le 22, la mèche est enlevée et la malade fait une légère élévation thermique.

Elle quitte le service le 17 mars.

#### OBSERVATION XVIII

M..., née C..., 32 ans, entrée le 15 juin 1929.

Primipare, ne présentant rien de spécial dans ses antécédents. Au cours de sa grossesse, elle a eu des vomissements durant les premiers mois.

D. R. : 19 août. A. P. : 29 mai.

La malade n'est jamais venue à la visite. Elle est à 9 mois et demi de gestation. H. U. : 37 cm. On l'amène de Villefranche après 3 jours de travail. Au palper la tête est au détroit supérieur en O.I.D. Les bruits du cœur sont normaux. Elle a perdu les eaux prématurément le 11 juin à 4 h. 45. Elle a ressenti les premières douleurs le 13 à 15 heures. Le 15, à 8 heures 30, on l'examine. L'excavation est vide,

la tête est à bout de doigts, refoulable, le col est perméable à 2 doigts.

On donne dans la journée 6 grammes de chloral. La malade s'endort, dans l'intervalle des contractions. Le 15 juin, à 21 heures, M. le Chef de clinique ordonne un peu de Ké-lène pour mettre en place un ballon de Champetier. Après son toucher, il constate que le col est souple, qu'il se laisse facilement dilater. Il fait donc de la dilatation bi-manuelle de Bonnaire pendant 15 minutes, puis une application de forceps avec lacs. Pendant 25 minutes tractions énergiques mais infructueuses. On change de prise, et on recommence les tractions, mais la tête ne progresse pas.

Les bruits du cœur sont très lents. On essaie la version, mais craignant de ne pouvoir faire faire l'évolution du fœtus sans danger pour la mère, on finit par pratiquer une basiotripsie. Après avoir pratiqué le grand broiement, on éprouve de grandes difficultés pour le dégagement des épaules qui restent bloquées au détroit supérieur. A force de tractions, l'enfant du sexe masculin est enfin extrait. Il pèse 3.820 grammes sans compter la substance cérébrale.

On pratique la délivrance artificielle immédiate et on fait 4 points de suture sur le périnée qui s'est déchiré au cours de l'extraction. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Il s'agissait, en résumé, d'une primipare âgée ayant un bassin généralement rétréci de plus de 9 centimètres de D.U. dont la durée de travail a été de 53 heures et chez laquelle, après avoir tenté vainement un forceps avec lacs, on a dû se résoudre à une basiotripsie sur enfant agonisant.

Les suites de couches ont été normales.

#### OBSERVATION XIX

C..., Emilie, née G..., 26 ans.

Primipare, ayant une bonne santé habituelle et ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle a été bien supportée. On a simple-

ment noté quelques vomissements alimentaires au cours du premier mois.

D. R. : 18 avril. A. P. : 28 janvier.

Il s'agit d'une présentation du siège décomplété mode des fesses. On constate un œdème vulvaire.

La malade n'est jamais venue à la visite. Elle est à terme. Elle est amenée par un Docteur qui dit qu'elle a perdu les eaux depuis le 27 janvier, à 18 heures. A l'arrivée, la température est de 38°7. Le docteur dit que l'enfant est mort, l'auscultation est négative. Il dit avoir essayé d'abaisser un pied. N'y parvenant pas, il a tenté une application de forceps, puis il a fait 2 piqûres de pituitrine. L'enfant a succombé. C'est alors que le Docteur accompagne la malade dans le service.

Sous anesthésie générale et après une piqûre de morphine pour faire céder la rétraction utérine, Monsieur le Chef de clinique Banssillon abaisse sans trop de difficultés le pied antérieur (pied gauche). Il est obligé d'exercer de vigoureuses tractions pour faire engager le siège et le tronc. Il éprouve de grandes difficultés pour dégager les bras, même avec le crochet de Braun. Il fait une craniotomie sur la tête dernière. L'enfant du sexe féminin est mort-né et pèse 4.100 grammes sans la substance cérébrale.

La délivrance artificielle est pratiquée immédiatement. La vulve est œdématiée, et le périnée qui était déchiré sur 2 centimètres à l'arrivée voit sa déchirure s'étendre jusqu'au sphincter, sans cependant l'intéresser. La suture périnéale nécessite 4 points musculo-cutanés. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée. L'utérus se contracte bien.

La malade est ensuite transférée à la II<sup>e</sup> Infirmerie, en raison de sa température de 38°5. On note, dans les suites de couches une hyperthermie légère et des lochies fétides. La malade reste subfébrile pendant 5 à 6 jours et on note quelques légères oscillations. Le paramètre est douloureux et on applique de la glace sur le ventre.

Le 4 mars, la malade sort dans un état satisfaisant.

## OBSERVATION XX

B..., née P..., 26 ans.

Primipare, n'ayant jamais été malade et ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 4 mai. A. P. : 14 février.

En raison du rétrécissement du bassin, de la mobilité de la tête et du volume de l'enfant, on décide de provoquer l'accouchement à 8 mois 1/2.

Le 28 janvier, M. le Chef de clinique introduit une bougie de Krause avec beaucoup de difficultés. Au moment de l'introduction de la bougie, le fœtus est en présentation du sommet, mobile. Après l'introduction, il est en présentation de l'épaule. On essaye la version par manœuvres externes et on n'y parvient pas. Le 29 janvier, à 11 heures, après beaucoup de difficultés, M. le Professeur parvient à retirer cette bougie. On laisse la malade au repos. Chaque jour on essaye de faire la version, toujours sans résultat. Le 3 février, à 1 h. 30, elle perd les eaux spontanément. Les douleurs apparaissent au même moment, mais très espacées. Au toucher, on sent une anse du cordon.

A 10 h. 30, M. le Professeur ordonne de faire une rachi par mesure de prudence ; 12 minutes après, M. le Chef de clinique fait la dilatation manuelle et va à la recherche du pied qu'il abaisse avec difficulté. L'extraction du fœtus est rendue difficile par la rétraction de l'utérus. On fait une perforation sur la tête dernière et on l'extrait par la manœuvre de Mauriceau faite avec prudence par M. le Professeur.

M. le Chef de clinique fait une délivrance artificielle immédiate et une vérification des parties molles qui paraissent intactes, sauf le périnée qui a nécessité 3 points musculocutanés. On termine par un lavage intra-utérin iodo-ioduré.

Les suites de couches sont simples. L'enfant pesait 2.740 grammes, sans la substance cérébrale.

## OBSERVATION XXI

Mme B..., née B..., 36 ans, entrée le 3 février 1930.

Tertipare n'ayant rien à signaler au point de vue antécédents. Au point de vue obstétrical, on note trois grossesses et accouchements antérieurs, se détaillant ainsi qu'il suit :

En 1920 : accouchement terminé par forceps.

En 1922 : avortement de 1 mois.

En 1925 : accouchement normal avec hémorragie nécessitant une délivrance artificielle. Après 3 h. 15 d'expulsion, enfant de 3.910 grammes.

La grossesse actuelle n'a pas comporté d'incidents, si ce n'est quelques vomissements alimentaires au 4<sup>e</sup> mois.

D. R. : 5 avril. A. P. : 15 janvier.

La malade est venue deux fois à la visite, où l'on note : sommet mobile.

Elle a ressenti les premières douleurs le 2 février, à 21 heures. Elle arrive dans le service le 3 février, à 1 h. 45. La hauteur utérine est de 39 centimètres ; l'utérus, volumineux, est très dévié à droite. Au palper, la tête paraît fixée en O.I.G.

A 2 h. 15, elle éprouve le besoin de pousser. On l'examine. La poche des eaux est volumineuse et appuie sur le périnée. La dilatation est complète. On rompt artificiellement les membranes. Le col revient sur lui-même. On sent la lèvre antérieure sur 2 centimètres. Les douleurs apparaissent toutes les 5 ou 6 minutes durent ainsi toute la journée. La malade a été examinée à 11 heures par M. le Chef de clinique. Il constate une persistance de la lèvre antérieure qu'il ne peut refouler. La tête paraît fixée au détroit supérieur en O.I.G.T., avec chevauchement du pariétal postérieur sur l'antérieur.

A 17 h. 15, sous-anesthésie générale. M. le Chef de clinique fait une application de forceps. Deux tentatives successives restent infructueuses par suite de dérapage. Une tentative de version ne peut aboutir, car on ne peut introduire la main, la malade ayant une contraction. Après une

troisième tentative de forceps, toujours infructueuse, on essaie une version. La main, en l'absence de contraction, passe facilement en refoulant la tête. L'évolution se fait facilement. L'extraction du siège et du tronc est relativement facile. Les bras sont dégagés sans trop de difficultés, l'antérieur le premier, puis le postérieur. L'extraction de la tête dernière est faite par la manœuvre de Mauriceau combinée à celle de Champetier.

L'enfant, du sexe masculin, naît flasque, pâle, et est ranimé après 12 minutes de bains chauds et de frictions à l'alcool camphré. Il pèse 4.100 grammes et présente des traces de forceps sur la joue droite.

La délivrance artificielle est pratiquée immédiatement.

Les suites de couches ont été normales, apyrétiques.

Le lendemain de sa naissance, l'enfant a présenté quelques mouvements convulsifs de la face et des membres supérieurs, sans tension marquée de la grande fontanelle.

La ponction lombaire est pratiquée et donne issue à un liquide franchement rouge. On la répète sept fois, et on assiste à la diminution progressive du sang dans le liquide céphalo-rachidien, qui devient peu à peu rosé.

L'enfant quitte le service, présentant tous les signes d'un excellent état général, sans phénomènes convulsifs ni raideur anormale.

#### OBSERVATION XXII.

S... Augustine, née T..., 24 ans, entrée le 20 avril 1930.

Primipare, ne présentant rien de spécial dans ses antécédents et ayant une bonne santé habituelle. La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 27 juin. A. P. : 6 avril.

La malade est venue trois fois à la visite. Le 19 mars, on note : « Présentation du sommet O.I.G., tête mobile, non débordante, bassin un peu généralement rétréci de 9 cm. de D. U. » On lui dit de revenir dans 15 jours, mais la malade n'en fait rien.

Le 19 avril, à 22 heures, elle a ressenti les premières douleurs. Elle arrive dans le service le 20 à 1 heure. Au palper, la tête est fixée en O.I.G.A. Elle est à 9 mois et 12 jours de gestation. Le travail va être caractérisé par une lenteur exagérée (45 heures 25), la rupture précoce des membranes, la résistance du col et par des contractions irrégulières.

Elle ressent surtout des douleurs lombaires, et on lui donne 10 grammes de chloral dans les 24 heures. Le 20, à 8 heures, on l'examine. Le col est dilaté à 5 centimètres, la poche des eaux est rompue, et la malade ne s'est pas aperçue du moment où elle a fait les eaux.

Le 21 avril, à 8 heures, on l'examine à nouveau ; la dilatation est restée stationnaire à 5 centimètres. L'orifice du col est résistant. M. le Chef de clinique lui fait, à 11 heures, de petites incisions du col. On donne 1 gramme de quinine, parce que la parturiente n'a plus de douleurs. A 14 heures, la malade étant très agitée et criant sans interruption, on lui donne 6 grammes de chloral de 14 à 15 heures. La température, à 15 heures, est de 38°8.

M. le Chef de clinique arrive dans le service à 18 heures et ordonne une piqûre de morphine ; puis à 18 h. 50, sous anesthésie générale, il fait de la dilatation manuelle du col pendant 10 minutes. Puis il fait une prise de forceps dans la partie moyenne de l'excavation, où la tête se trouve en O.I.G.T. Il exerce pendant 17 minutes de vigoureuses tractions. La tête apparaît à la vulve. Lorsque le sous-occiput est fixé, il désarticule, enlève le forceps et termine le dégagement à la main.

L'enfant, du sexe masculin, né cyanosé, est ranimé après 8 minutes (bain chaud, frictions à l'alcool camphré, évacuation des mucosités). Il pèse 4.080 grammes et porte des traces cutanées multiples de forceps.

M. le Chef de clinique fait la délivrance artificielle immédiate et vérifie les parties molles maternelles. Seul le périnée est un peu déchiré et nécessite deux points de suture.

On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée. L'utérus restant mou, on fait une injection de pituitrine,

Dans les suites de couches, on note une rétention d'urines pendant 3 jours, qui nécessite plusieurs cathétérismes. Ensuite la température est subfébrile, et on note à la II<sup>e</sup> infirmerie des urines troubles renfermant colibacilles et streptocoques. La malade accuse un point douloureux lombaire droit, mais ne présente pas de signes d'infection urinaire. L'amélioration par le traitement médical est rapide, et la malade quitte le service dans un état satisfaisant.

### OBSERVATION XXIII

M..., née M..., 31 ans, entrée le 29 avril 1930.

Il pare, ayant une bonne santé habituelle et ne présentant rien à signaler dans ses antécédents. Son premier accouchement a été normal et sans incidents. L'enfant est vivant.

La grossesse actuelle a été très bien supportée.

D. R. : 30 août. A. P. : 10 juin.

Au moment du travail, la grossesse n'est qu'à 7 mois 1/2. Il s'agit d'une présentation de l'épaule engagée. La malade est envoyée par un docteur. Elle a perdu spontanément les eaux le 14 avril, et depuis elle se sent toujours mouillée. Le 28 avril, à 9 heures, elle a ressenti les premières douleurs. Elle fait appeler une sage-femme, puis un médecin. Elle entre à la salle de travail de la clinique le 29 à minuit 45. Le col est à ce moment en dilatation complète. A l'arrivée dans le service, on voit les deux mains à la vulve, et sur chaque avant-bras il y a un lacs. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

On prévient aussitôt M. le Chef de clinique Banssillon de l'état de la parturiente. Il arrive peu après et fait une injection sous-cutanée de morphine afin de faire céder la rétraction utérine. Sous anesthésie et avec les ciseaux de Du-bois, il fait l'embryotomie rachidienne. Il tire sur les deux bras, le fœtus est extrait, puis il va à la recherche de la bouche et extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2.300 grammes. Aussitôt après l'extraction du fœtus, on pratique la délivrance arti-

ficielle et on explore les parties molles maternelles qui sont intactes. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Après 2 jours de température à 38°, les suites de couches sont normales. La malade quitte le service le 10 mai, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXIV

D..., née S..., 36 ans, entrée le 14 mai 1930.

II pare, présentant quelques stigmates de rachitisme, et ayant eu en 1928 un premier accouchement qui nécessita un forceps et se termina par une craniotomie. L'enfant pesait 3.280 grammes.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 16 octobre. A. P. : 26 mai.

La femme est de petite taille et mesure 1 m. 39. Le ventre est étalé, l'utérus médian, la hauteur du fond est de 31 cm. La présentation est en O.I.D.T. et la tête est amorcée. A l'entrée dans le service, la grossesse est au voisinage du terme.

Mise en place de 1 bougie de Krause le 15 mai. Les douleurs débutent 48 heures après, le 17, à 20 heures. Elle entre à la salle de travail le 17, à 23 heures. La température est à 39°4. On retire la bougie, les douleurs s'accroissent. Le 18, la température est de 38°2 et la dilatation est à environ 2 francs. Le 19, les douleurs persistent, la malade s'épuise, la dilatation a très peu progressé et est comme une pièce de 5 francs. La tête est fixée au détroit supérieur en O.I.D.T. Les bruits du cœur sont bons. La malade tousse, présente une coloration légèrement cyanique de la face. Vers 13 heures, elle a une sensation de frissonnement et la température est à 39°7.

Devant l'arrêt de la dilatation, l'épuisement de la malade et sa température, on décide d'intervenir.

A 14 heures, on fait la rachianesthésie (10 centigr. de scurocaine), et 10 minutes après on a obtenu la dilatation totale du périnée et des voies génitales. On essaye de tenter d'écarter les

lèvres du col et de l'amener à une grande paume de main. Il est considérablement assoupli et facilement amené au contact des parois pelviennes. La tête est en O.I.D.T. et fixée au détroit supérieur. On fait un forceps avec lacs (prise frontomastoïdienne), tractions prudentes pendant un quart d'heure, accompagnées de refoulement du col sur la tête. On extrait facilement l'enfant qui pèse 3.230 grammes et qui crie au bout de 5 minutes.

On pratique immédiatement après la délivrance artificielle, qui permet d'explorer les parties molles et ne permet pas de déceler de solution de continuité de celles-ci.

Après l'accouchement, la malade est remise dans son lit. Elle prend un grand frisson et on la réchauffe difficilement. On lui met un cataplasme sinapisé sur le dos et un autre sur la poitrine. On lui fait respirer continuellement de l'oxygène. Elle est très agitée et dit avoir mal à la tête. Une heure après, on constate qu'elle a perdu du sang liquide. On examine l'utérus et il sort quelques caillots. L'utérus est cependant contracté. On fait une injection sous-cutanée d'ergotine et 10 cc. de solucamphré. M. le Professeur, prévenu de l'état de la malade, arrive aussitôt ; mais elle succombe à son arrivée.

L'enfant, qui allait très bien le premier jour, prend ensuite des crises convulsives subintrantes. On fait une ponction lombaire qui ne ramène que quelques gouttes de liquide sanguinolent. Il meurt le 21 mai, à 9 heures.

A l'autopsie de la mère, on ne note rien au cœur, aucune thrombose intra-cardiaque. Les poumons sont normaux. Petite fissuration segmentaire gauche, en coup d'ongle, et n'intéressant pas toute l'épaisseur du muscle.

#### OBSERVATION XXV

M... Albertine, née P..., 32 ans, entrée le 16 mai 1930, aux expectantes.

Vpare, ayant eu 4 accouchements antérieurs normaux à terme, dont les enfants sont vivants, en bonne santé. Rien à signaler dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle a été bien supportée jusqu'au 12 mai.  
D. R. : 6 août. A. P. : 16 mai.

Le 12 mai, la malade a eu une petite hémorragie insignifiante, puis une deuxième, plus abondante, le 14 mai, à 21 heures. Il s'agit d'une présentation du siège mobile. Les bruits du cœur sont perçus au niveau de l'ombilic.

La malade est entrée dans le service, aux expectantes, depuis le 16 mai. Elle est au repos, en raison des petites hémorragies à répétition qu'elle a eues chez elle. Elle perd à nouveau un peu dans la nuit du 24 au 25 mai. On l'examine à 10 heures : le col mesure 2 centimètres de longueur, il est perméable à 1 doigt et on ne sent pas de placenta. Le 27 mai, elle perd à nouveau à 1 heure du matin et souille ses draps avec environ 100 grammes de caillots.

A 8 heures, elle perd spontanément les eaux. On l'examine à 8 h. 40 ; le col est perméable à 2 doigts, on sent le placenta qui est inséré à droite et en avant. Il existe une poche amnio-choriale que l'on dilacère. Le placenta tend à s'engager dans le col et la tête reste très mobile ; un léger suintement sanguin persiste. On prévient M. le Chef de clinique qui, après examen de la parturiente, décide de mettre un ballon de Champetier. Celui-ci détermine des douleurs. A 15 h. 30, expulsion spontanée du ballon qui mesure 31 centimètres de circonférence. On examine aussitôt la malade. L'orifice externe du col est assez dilatable, mais l'orifice interne est résistant, dilaté à 5 francs. M. le Chef de clinique, sous anesthésie, abaisse le pied droit en faisant un Braxton-Hicks. Malgré cela, la malade n'a que de rares douleurs.

A 19 heures, nouvel examen : col résistant. Les bruits du cœur ont cessé peu après l'abaissement du pied. Le col ne laisse passer que la jambe du pied abaissé. On donne 4 grammes de chloral de 19 à 21 heures. Pendant la nuit du 27 au 28, elle n'a que de rares douleurs. Le 28 mai, la température est de 37°5, et on donne 2 grammes de chloral.

La malade ayant de la tendance à la syncope, on lui fait 500 grammes de sérum intra-veineux, de la caféine, du solucamphre et 500 cc. de sérum sous le sein droit.

Le 28 mai, à 10 h. 30, un nouvel examen fait constater

que le col est dilaté à peu près complètement. Le Chef de clinique fait quelques tractions pour faire engager le siège. Sous anesthésie, il extrait prudemment le fœtus à 11 h. 30. Il pèse 4.150 grammes et est mort-né. M. le Chef de clinique fait la délivrance artificielle immédiate, ainsi que la révision des parties molles maternelles qui paraissent intactes. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Dans les suites de couches, 3 jours de température immédiatement après l'accouchement, puis tout rentre dans l'ordre.

La malade quitte le service le 11 juin, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXVI

D..., née G..., 30 ans, entrée le 11 juin 1930.

Primipare, ne présentant rien de spécial dans ses antécédents. Sa grossesse a été bien supportée.

D. R. : 20 août. A. P. : 30 mai.

La malade est venue plusieurs fois à la visite, où l'on note : « arc antérieur régulièrement circulaire, de dimension un peu inférieure à la normale. Promontoire atteint à bout de doigts. Bassin un peu généralement rétréci. Attendre l'épreuve du travail ».

Les premières douleurs apparaissent le 11 juin à midi. A 16 heures, rupture spontanée de la poche des eaux. Elle entre à la salle de travail à 20 heures. Le 12 juin, à 8 h. 15, la dilatation est complète, la tête est dans l'excavation en O.I.D.P. On excite la malade à pousser, mais elle pousse mal. Les contractions sont insuffisantes.

Après 3 heures d'expectation, M. le Chef de clinique fait une application de forceps sous anesthésie. Après avoir introduit les 2 branches, décroisé, articulé et vérifié la prise, on fait des tractions assez vives pour amener la tête sous la symphyse. Le périnée présente déjà à ce moment-là une éraillure de la fourchette, assez importante, et se distend

très mal. Malgré un dégagement très prudent à la main, on ne peut éviter une déchirure complète du périnée, intéressant la cloison recto-vaginale sur environ 3 centimètres, mais respectant en partie l'anneau sphinctérien. L'enfant, né étonné, crie rapidement et est vigoureux. On pratique la délivrance artificielle immédiate et la réfection soigneuse du périnée (3 à 4 points séparés au catgut sur la cloison recto-vaginale, 1 crin sur le sphincter et 3 points musculo-cutanés).

La température, qui se maintient quelques jours élevée, revient à la normale après l'ablation des crins de suture.

La malade sort le 1<sup>er</sup> juillet, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXVII

B..., née G..., 27 ans, entrée le 13 juin 1930.

Primipare, ne présentant rien à signaler dans ses antécédents, et ayant une bonne santé habituelle.

D. R. : 19-23 octobre. A. P. : 29 juillet.

La grossesse actuelle a été marquée par des hémorragies à répétition depuis le 7<sup>e</sup> mois.

La malade a été amenée le 13 juin par un docteur, parce qu'elle avait déjà eu 3 hémorragies chez elle. On la met au repos absolu : la tête est très mobile en O.I.D. et les bruits du cœur sont perçus. Elle est à 7 mois 1/2 de gestation.

De temps en temps, la malade perd un peu. Le 28 juin, elle souille un pansement vulvaire et expulse un caillot de 10 grammes. De temps en temps, elle ressent de petites douleurs. Le 29 juin, à 5 h. 30, elle se met à perdre plus abondamment qu'à l'ordinaire et elle ressent des douleurs toutes les 15 minutes. On prévient M. le Chef de clinique, qui examine la malade à 11 h. 30 ; il sent le placenta inséré à droite et il arrive sur les membranes à gauche. Le col est dilaté à 6 centimètres, il rompt artificiellement les membranes. La tête appuie mal, la partie du placenta décollé s'engage dans le col. La malade perdant davantage, il renonce à mettre un ballon et fait la version de Braxton-Hicks. En abaissant le pied, le cordon descend. On le reporte aussi haut que possi-

ble ; mais, lorsque la malade se met à faire des efforts expulsifs, on voit sortir le cordon hors de la vulve. Il ne bat plus. Le fœtus a succombé vers 13 h. 15. L'expulsion spontanée du fœtus s'est terminée à 13 h. 45.

Aussitôt après la sortie de la tête, il s'échappe un flot de sang. On fait la délivrance artificielle. Le placenta étant à moitié décollé, on n'a qu'à terminer le décollement, puis on réintroduit la main, afin de s'assurer qu'il n'est rien resté. Il ne sort que des caillots. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

La malade est très pâle, le pouls filant. On lui fait 800 grammes de sérum sous le sein, 10 cc. de solucamphre, une injection de caféine, une injection de strychnine. Boissons abondantes. La température du soir est de 37°6. On lui fait 500 grammes de sérum goutte à goutte, dans lequel on met une ampoule d'adrénaline. La malade va bien.

L'enfant, qui est mort-né, pèse 2.500 grammes. La malade quitte le service le 18 juillet, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXVIII

A..., née L..., 26 ans, entrée le 4 juillet 1930.

Tertipare, ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents. Le premier accouchement a eu lieu à domicile et a nécessité un forceps. L'enfant est mort à 1 mois de convulsion. Elle a fait ensuite une fausse couche de 2 mois 1/2.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 20 septembre. A. P. : 30 juin.

La malade est venue plusieurs fois à la visite. Il s'agit d'une présentation du sommet mobile. Les bruits du cœur sont entendus. Elle a dépassé son terme de quelques jours. En raison du volume du fœtus, de la mobilité de la tête et du rétrécissement du bassin, on décide de provoquer l'accouchement.

Le 5 juillet, l'Interne introduit une bougie de Krausé. Le 6, à 6 h. 45, apparaissent les premières douleurs. A 11 h. 50, la malade perd spontanément les eaux, le liquide est méconial,

la tête est toujours mobile en O.I.D.P. Les bruits du cœur sont irréguliers. On examine la parturiente : le col est perméable à 2 doigts, il mesure encore 2 centimètres de longueur ; la tête est facilement refoulable. On ne sent pas de procidence, ni de latérocidence du cordon avec les doigts explorateurs.

Le Dr Pigeaud trouve, à 14 heures, une tête mobile, présentation en O.I.G. Les bruits du cœur sont sourds et irréguliers. La malade expulse du méconium. Au toucher, le col est perméable à 2 doigts.

On intervient alors, Rachianesthésie parfaite avec dilatation instantanée du col. Au-dessus se trouve un anneau de Bandl contracté et empêchant absolument l'introduction de la main dans l'utérus. A ce moment, une anse du cordon descend à la vulve. Pas de battements. On perfore alors le crâne et on évacue ainsi la matière cérébrale. Plusieurs tentatives pour placer convenablement la pince à os restent infructueuses. La tête étant vidée de son contenu, on peut alors saisir un pied et pratiquer la version très facilement. L'extraction est très prudente, en raison de la contraction de l'anneau de Bandl.

On pratique la délivrance artificielle immédiate, ainsi que l'exploration des parties molles maternelles, car la contraction de l'anneau de Bandl a enfin cessé.

L'enfant pesait 2.400 grammes, sans compter la matière cérébrale.

Dans les suites de couches, on relève que la malade, amenée à la II<sup>e</sup> infirmerie, a une poussée de température à 39°9 le soir de l'intervention, accompagnée de violents frissons. Le lendemain, la température est encore à 39°5 et le pouls à 110. On fait un abcès de fixation et 20 cc. de sérum anti-streptococcique.

Dès le 4<sup>e</sup> jour, la température revient à la normale, pour s'y maintenir. L'involution utérine est normale.

La malade quitte le service le 22 juillet, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXIX

B... Marthe, née T..., 36 ans, entrée le 6 juillet 1930.

Primipare, ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents, ayant toutefois une rétroversion. La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 14 septembre. A. P. : 24 juin.

Il s'agit d'une présentation du siège décomplété mode des fesses, S.I.G.A. Le siège est engagé. La rupture des membranes a eu lieu spontanément le 20 juin, rupture prématurée 17 jours avant l'accouchement (6 juillet), avec liquide méconial.

La malade entre le 6 juillet avec une température de 38° à l'arrivée, à 12 h. 30. Les douleurs avaient débuté le 5 à 15 heures. Deux docteurs avaient auparavant fait à domicile des tentatives d'extraction. A son arrivée, elle est à dilatation complète. Le D<sup>r</sup> Pigeaud pratique l'abaissement du pied antérieur et l'extraction immédiate.

L'extraction de l'enfant s'accompagne d'une déchirure périnéale qui nécessitera 4 points de suture. Le travail a duré 25 h. 15.

L'enfant, né flasque, cyanosé, crie après 10 minutes et pèse 3 kg. 400.

On pratique la délivrance artificielle immédiate.

Les suites de couches sont normales, apyrétiques. La malade quitte le service le 20 juillet 1930, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXX

C..., née J..., 36 ans, entrée le 6 juillet 1930.

Primipare, qui a été soignée en 1920 pour une affection nerveuse étiquetée, encéphalite épidémique, et dont actuellement il ne semble persister aucune séquelle notable.

D. R. : 15-19 janvier. A. P. : 26 octobre 1930.

Le début de grossesse a été absolument normal. La malade a présenté seulement un prurit vulvaire assez intense qui

l'obligea à différents traitements. Le 1<sup>er</sup> juillet, la malade ressent quelques douleurs et a une perte de sang pour laquelle elle consulte un docteur qui la met au repos et lui prescrit du laudanum. Le 6 juillet, nouvelle perte plus abondante, pour laquelle la malade est envoyée dans le service.

A l'entrée, on constate un utérus gravide de 5 mois environ, avec fond à l'ombilic. Le col est perméable au doigt, effacé, et l'on atteint à bout de doigt une partie fœtale dont il est difficile de préciser la nature. La malade n'accuse que quelques faibles douleurs. Elle dit avoir fait les eaux. Le 7 juillet, à 14 heures, la malade présente une hémorragie assez importante. Devant la persistance de cette hémorragie et le col étant dilaté à 6 centimètres, on se décide à extraire fœtus et placenta.

Extraction facile du fœtus par version et grande extraction par M. l'Interne, sous anesthésie. Délivrance artificielle immédiate et injection intra-utérine à la solution de Tarnier. Ni ergotine, ni pituitrine.

Les suites de couches sont tout à fait apyrétiques. L'état de la femme, à la sortie, est satisfaisant.

### OBSERVATION XXXI

D..., née F..., 40 ans, entrée le 14 juillet 1930.

A eu 2 crises de rhumatisme articulaire aigu à 24 et à 37 ans, dans ses antécédents pathologiques. Au point de vue obstétrical, a eu 6 grossesses et accouchements antérieurs depuis 1911, dont 4 spontanés, à terme, d'enfants vivants. En 1922, a eu une présentation du siège qui s'est terminée par une craniotomie, et, en 1923, un accouchement provoqué à 8 mois 1/2 d'un garçon décédé quelques heures après.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 25 septembre. A. P. : 5 juillet.

La malade est venue plusieurs fois à la visite, où, en raison de son obésité, on ne peut faire le diagnostic de la présentation. A l'auscultation, les bruits du cœur sont entendus. Elle arrive dans le service le 14 juillet à 21 heures, accusant de petites douleurs depuis ce même jour à 10 heu-

res. Le 15, à 3 heures, elle perd les eaux ; le liquide est verdâtre, le col est dilaté à une paume de main. La tête s'amorce en O.I.G., les bruits du cœur sont normaux.

A 7 heures, on l'examine : le col est dilaté à 6 centimètres, la tête est amorcée en O.I.G., le liquide est méconial, les bruits du cœur sont normaux. Les contractions sont insuffisantes et la souffrance de l'enfant se manifeste.

A 8 heures, on prévient M. le Chef de clinique pour faire une version. On fait une injection sous-cutanée de morphine, afin d'éviter la rétraction utérine. A 9 h. 15, sous anesthésie générale, M. le Chef de clinique fait la version. Il éprouve assez de difficultés pour abaisser un pied et faire l'évolution. Celle-ci étant faite, le siège et le tronc sont dégagés facilement, le bras antérieur est dégagé le premier, puis le postérieur. On éprouve de grandes difficultés pour l'extraction de la tête dernière, qui est extraite par la manœuvre de Mauriceau, combinée à celle de Champetier.

L'enfant, du sexe masculin, naît pâle, flasque et est ranimé par un bain chaud et des frictions à l'alcool camphré après 10 minutes. Il pèse 4.400 grammes.

M. l'Interne fait la délivrance artificielle immédiate et un point musculo-cutané.

On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Dans les suites de couches, après 4 jours de température, tout rentre dans l'ordre, et la malade quitte le service le 29 juillet, dans un état satisfaisant.

#### OBSERVATION XXXII

G.-M..., née F..., 25 ans, entrée le 15 juillet 1930.

Primipare, ne présentant rien de spécial dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 20 octobre. A. P. : 30 juillet.

Présentation au sommet O.I.G.A. Les bruits du cœur sont entendus.

La malade n'est jamais venue à la visite. Elle est à 8 mois 1/2 de gestation. Elle a ressenti les premières dou-

leurs le 13 juillet à 18 heures. Elle a perdu les eaux en même temps. Le 15, elle entre à la salle de travail à 5 heures. Elle est accompagnée par une sage-femme qui dit que la dilatation ne se fait pas. A l'arrivée, la température est de 38°7. Au toucher, le col est dilaté à 1 cm. La tête est fixée en O.I.G.A.

Les contractions sont irrégulières. On administre 8 grammes de chloral en quatre fois, à 5 heures, à 8 heures, à 12 heures et à 15 heures. A 15 heures, on trouve un col épais, dilaté comme une pièce de 5 francs ; le liquide est boueux, purée de pois. On prévient M. le Chef de clinique, de l'état de la parturiente.

A 19 heures, sous anesthésie générale, il fait de la dilatation manuelle, puis une application de forcèps dans un col incomplètement dilaté, dans l'excavation. L'intervention dure 30 minutes. L'enfant naît flasque, pâle, pèse 3.300 grammes. Il est ranimé après 1 heure par des bains chauds et des frictions à l'alcool camphré. On fait aussi de l'oxygène. On pratique une ponction lombaire, qui est nettement sanglante. L'enfant a vécu pendant 13 heures.

M. l'Interne vérifie les parties molles qui sont intactes, et pratique la délivrance artificielle immédiate. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée. L'utérus se contracte bien. La durée totale du travail a été de 49 heures 30.

Trente minutes après la délivrance, la malade est prise d'un violent frisson, et ce n'est qu'avec peine qu'on arrive à la réchauffer. Elle dort le reste de la nuit.

Dans les suites de couches, à part un clocher à 38°5, le deuxième et le troisième jour, la température est normale. L'involution utérine est normale.

L'état de la mère, à la sortie, le 26 juillet, est satisfaisant.

### OBSERVATION XXXIII

S..., née B..., 32 ans, entrée le 23 août 1930.

Primipare, ne présentant rien à signaler dans ses divers antécédents.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

D, R, : 4 novembre. A. P. : 14 août,

Il s'agit d'une primipare âgée, non suivie au cours de sa grossesse. Elle est en présentation du siège décomplété mode des fesses. A l'auscultation, les bruits du cœur sont entendus. Les douleurs ont débuté le 23 août à 1 heure du matin. Elle est entrée à la salle de travail le 23 août à 12 heures. Le col est à ce moment dilaté à 2 centimètres. La rupture des membranes a eu lieu ce même 23 à 8 heures du matin ; le liquide amniotique était méconial. Les contractions sont irrégulières. La dilatation complète n'a lieu que le 24 à 10 h. 10.

On fait l'abaissement du pied antérieur et l'extraction immédiate. L'extraction de la tête dernière est laborieuse et s'accompagne d'une déchirure complète du périnée, intéressant le sphincter.

La délivrance artificielle est pratiquée immédiatement après la sortie de l'enfant. La durée totale du travail a été de 34 heures. La réfection du périnée a été immédiate.

Après 5 ou 6 jours de température, les suites de couches ont été normales.

On examine le sphincter au départ de la malade, et on note : « Friche périnéale importante. Le sphincter tient partiellement. Communication recto-vaginale de la dimension d'une pièce de 5 francs. »

La malade quitte le service le 9 septembre. L'enfant, du sexe masculin, qui pesait 3.550 grammes à la naissance, et qui est né cyanosé, est en bonne santé.

#### OBSERVATION XXXIV

B... Aline, née B..., 30 ans, entrée le 5 septembre 1930.

Primipare, ayant présenté, il y a 3 ans, du rhumatisme articulaire aigu, suivi d'albuminurie pendant 1 mois.

D. R. : 2 janvier. A. P. : 12 octobre.

Elle entre dans la salle de travail le 5 septembre. Elle est à 7 mois  $\frac{2}{3}$  de grossesse.

La malade n'est jamais venue à la visite. Elle dit avoir de l'albumine depuis 8 jours et suivre le régime lacté. Elle a ressenti les premiers malaises le 4 septembre dans la soirée. Le 5, à 2 heures, elle se met à perdre en rouge (sang

liquide). Elle arrive dans le service à 3 heures. On l'examine : le col n'est pas perméable, les bruits du cœur ne sont pas entendus. Les urines contiennent un gros disque d'albumine, cailléboté ; l'utérus mesure 28 centimètres et est constamment tendu. A 8 h. 30, on l'examine : le col n'est pas complètement effacé, perméable à 1 doigt. On ne sent pas le placenta. Le fœtus, qui est tout petit, se présente par le siège. La poche des eaux est intacte. On donne, dans la journée, 8 grammes de chloral. A 13 h. 45, nouvel examen : le col est effacé, perméable à 1 doigt. A ce moment, la poche des eaux se rompt spontanément, le liquide est méconial. La hauteur utérine est de 26, pous à 84.

A 17 heures, sous anesthésie, le D<sup>r</sup> Pigeaud examine la parturiente : le col est dilaté à une paume de main. Il abaisse facilement le pied antérieur et il fait l'extraction immédiate du fœtus qui est macéré. Il fait une perforation avec les ciseaux de Blot sur la tête dernière.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 1.550 grammes.

La délivrance artificielle est pratiquée immédiatement après. Le placenta est en grande partie décollé, et on remarque deux larges dépressions sur la face maternelle, où les caillots se sont creusés une loge.

Les suites de couches sont normales et apyrétiques.

#### OBSERVATION XXXV

R... Alice, née G..., 24 ans, entrée le 27 décembre 1930.

Primipare, ne présentant rien à signaler dans ses antécédents. La grossesse actuelle a été marquée par des vomissements bilieux et alimentaires pendant les 4 premiers mois.

D. R. : 2 mars. A. P. : 12 décembre.

La malade n'est jamais venue à la visite. Elle a été surveillée, au cours de sa grossesse, par un médecin qui l'a vue quatre fois à la visite. Elle est à 9 mois 1/2 de gestation. Les premières douleurs apparaissent le 26 décembre à 1 heure ; à 3 heures elle perd spontanément les eaux. Elle arrive dans le service le 27 décembre à 12 h. 30. Au palper, la tête est fixée en O.I.G. et les bruits du cœur sont très irréguliers, oscillant entre 80 et 120. Au toucher, le col est dilaté

à 5 centimètres, la tête n'appuie pas sur le col. Les urines contiennent un gros disque d'albumine. La malade a des douleurs toutes les 30 minutes. En raison de son albumine, on lui donne 2 grammes de chloral. Les douleurs réapparaissent toutes les 5 à 6 minutes à partir de 15 heures. A 19 heures, M. le Chef de clinique examine la parturiente : le col est dilaté à une petite paume de main, et il ordonne 2 grammes de quinine.

Le 28 décembre, à 1 h. 45, les bruits du cœur deviennent de plus en plus irréguliers. On prévient M. le Chef de clinique et l'interne qui, sous anesthésie générale, font de la dilatation manuelle du col. Deux tentatives de forceps restent infructueuses. A 3 heures, les bruits du cœur ne sont plus entendus, et on fait alors une basiotripsie. L'enfant pèse 2.770 grammes, moins la substance cérébrale.

On pratique la délivrance artificielle ensuite et on fait un examen des parties molles qui sont intactes. La durée totale du travail a été de 50 heures. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée. Un examen pratiqué après l'accouchement indique qu'il s'agissait d'un bassin généralement rétréci, annelé de 9 centimètres de D.U.

Dans les suites de couches, la malade est transférée à la II<sup>e</sup> infirmerie le 28 décembre, avec une température de 38°2. Alors que les suites sont tout à fait normales, le 5 janvier la malade a une température de 40°, qui persiste à ce niveau pendant 24 heures. Le pouls est à 90. Le 9 janvier, la température redescend, et on attribue cette hyperthermie à une infection urinaire.

La malade quitte le service le 12 janvier, en bon état.

#### OBSERVATION XXXVI

M... Juliette, 26 ans, entrée le 1<sup>er</sup> mars 1931.

Primipare, présentant une bonne santé habituelle et n'ayant rien de spécial dans ses antécédents. La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 3 mai. A. P. : 13 février.

Elle est à 9 mois 1/2 de gestation, La malade a été sur-

veillée au cours de sa grossesse et on a constaté un bassin un peu généralement rétréci.

Elle arrive dans le service le 1<sup>er</sup> mars, accusant des douleurs lombaires depuis 4 jours. On l'examine, à son arrivée, à 20 heures. La tête est fixée en O.I.D., le col est effacé, dilaté à 4 centimètres. Les membranes sont adhérentes au segment inférieur. On fait le décollement du pôle inférieur de l'œuf. La poche des eaux est plate. Le 2 mars, à 10 heures, on l'examine : la dilatation est à 5 centimètres. On rompt artificiellement les membranes, et il s'écoule du liquide clair, en très petite quantité. Le 3, à 7 heures, nouvel examen. On complète la dilatation qui est à une paume de main, la température est à 37°9, les douleurs sont nulles. Les bruits du cœur étant irréguliers, on prévient M. le Chef de clinique et l'interne.

A 8 h. 30, sous anesthésie générale, on fait une application de forceps. La tête est dans l'excavation en O.I.D.P. Deux prises sont faites pour achever la descente et la rotation, et une troisième pour amener le sous-occiput sous la symphyse. On fait le dégagement à la main, et il se produit alors une déchirure périnéale qui nécessite 3 points de suture. La durée totale du travail a été de 45 heures.

L'enfant, du sexe féminin, naît étonnée, crie après 6 minutes, pèse 4.000 grammes. Quelques minutes après la sortie de l'enfant, l'interne fait la délivrance artificielle, qu'on fait suivre d'une injection intra-utérine iodo-iodurée.

On note des traces de forceps au niveau de la région mastoïdienne et du cou, du côté gauche, ainsi que sur la région temporo-frontale droite, accompagnant une paralysie faciale gauche. Dans les jours qui suivent la naissance, l'enfant présente une otorrhagie, au sujet de laquelle on émet, dans le service du Professeur Collet, l'hypothèse d'une fracture du rocher. Mort 4 jours après la naissance. A la vérification, on trouve une hémorragie méningée étendue, mais sans lésions osseuses.

Les suites de couches ont été fébriles. La température s'est maintenue à 39° et 40° pendant 9 jours. Ensuite, elle est revenue à la normale, mais la courbe présente un nouveau clocher à 40° le 15<sup>e</sup> jour.

## OBSERVATION XXXVII

T... Eugénie, née F..., 30 ans, entrée le 7 mai 1931.

Primipare, ayant un squelette trapu de petite femme, grasse à l'excès et présentant des œdèmes généralisés. Rien à signaler dans ses divers antécédents. La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 14 juillet. A. P. : 20 avril.

Les douleurs ont débuté le 6 mai, à 14 heures, et elle entre à la salle de travail le 7 à 11 heures. Son col est à ce moment-là entièrement dilaté. Les membranes ont été rompues artificiellement le 7 à 2 heures; le liquide amniotique est méconial. La malade n'est jamais venue à la visite et est envoyée par un docteur pour présentation du siège. A l'arrivée, on voit une femme extrêmement grasse et de petite taille, qui fait des efforts expulsifs. M. le Chef de clinique, prévenu, s'apprête à faire, sous anesthésie, l'abaissement curatif du pied antérieur, mais il fait alors le diagnostic de présentation du front en naso droite. La dilatation étant complète et le liquide méconial, on fait une application de forceps.

Après introduction et articulation des deux branches, on fait pendant 8 minutes de vigoureuses tractions. La rotation se fait au moyen de tractions divergentes, et le dégagement s'effectue, le fœtus mordant la symphyse. Il se produit à ce moment une déchirure périnéale qui nécessitera deux points musculo-cutanés.

L'enfant, du sexe masculin, naît flasque, cyanosé et est ranimé après 10 minutes par bain chaud et friction. Il pèse 3.750 grammes, présente de nombreuses ecchymoses sur le front et la face, et a un menton proconsulaire. Quelques minutes après l'accouchement l'interne fait la délivrance artificielle. La malade perd après l'intervention et on lui fait une injection de pituitrine.

Dans l'après-midi du jour de la naissance, l'enfant présente quelques secousses convulsives des membres du côté droit. On pratique une ponction lombaire qui révèle un li-

quide très légèrement hémorragique. Les crises ne se sont pas renouvelées et le 24 mai la mère et l'enfant quittent le service dans un état satisfaisant. Dans les suites de couches, la mère avait présenté pendant 4 ou 5 jours une température élevée et on lui avait fait de l'urotropine.

#### OBSERVATION XXXVIII

D..., née B..., 23 ans.

Secondipare, présentant des stigmates de rachitisme très accusés et ayant un bassin aplati, généralement rétréci de 9 centimètres de D.U. Son premier accouchement a été prématuré provoqué et spontané à 8 mois  $1/3$ . L'enfant de 2.950 grammes est mort à 4 mois, de gastro-entérite. La grossesse actuelle a été bien supportée.

D. R. : 5 octobre. A. P. : 15 juillet.

Le 16 juin, Monsieur le Professeur estime l'enfant à 2.700 grammes et décide la mise en travail pour le 22 juin.

Une bougie de Krause est introduite le 25 juin. Il se produit un léger écoulement sanguin qui cesse peu après. Le fœtus est très mobile au dessus du détroit supérieur et on maintient la présentation du sommet par un bandage. Le 25, à 19 heures, apparaissent les premières douleurs espacées de 15 minutes. Elle perd les eaux le 26 à minuit et demie. On examine la malade qui fait des efforts expulsifs, et on sent une main procidente au devant de la tête. On refoule la main. La tête reste très élevée au-dessus du détroit supérieur et de l'anneau de Bandl qui se rétracte rapidement.

Le placenta, inséré bas, empêche l'adaptation de la tête. Comme la malade perd, on fait appeler Monsieur le Chef de clinique qui fait faire une piqûre de morphine, et sous anesthésie à l'éther, fait une version. Après avoir éprouvé quelques difficultés pour arriver aux pieds, il parvient à abaisser le bon pied. L'évolution se fait rapidement, et l'extraction du siège et du tronc est facile. Les bras, qui sont relevés, sont dégagés avec quelque difficulté. La tête dernière

est extraite par la manœuvre de Mauriceau et de Champetier.

L'enfant, du sexe féminin, naît flasque, pâle et est ranimée après 15 minutes par les moyens habituels. Son poids est de 2.440 grammes. On fait, dans les quelques minutes qui suivent, la vérification des parties molles, qui paraissent intactes, et on pratique la délivrance artificielle.

Les suites de couches sont absolument apyrétiques et à la sortie, le 6 juillet, l'état de la mère est déclaré satisfaisant.

---



## CHAPITRE III

---

### **Discussion des Observations**

---

Si nous groupons à présent nos observations, suivant les indications telles que nous les avons précédemment précisées, nous remarquons que la délivrance artificielle prophylactique n'a été pratiquée, pour hémorragie habituelle de la période de délivrance qu'une seule fois. (Observation XXI.) Il s'agissait d'une tertipare de 36 ans, à léger rétrécissement du bassin méconnu, et dont les accouchements antérieurs, comportant de gros enfants, avaient été assez laborieux. A son troisième accouchement notamment, l'inertie de la période de délivrance avait nécessité la délivrance artificielle ordinaire, telle qu'on la pratique classiquement en cas d'hémorragie. A son dernier accouchement, le travail est long, dure 21 heures. La dilatation se fait mal, avec persistance de la lèvre antérieure du col. Une anesthésie est nécessaire ; on fait trois tentatives de forceps et deux tentatives de version. Devant cette lenteur du travail, et

ayant connaissance des antécédents obstétricaux de la parturiente, connaissant surtout la délivrance artificielle qu'avait nécessité l'hémorragie au précédent accouchement, on pratique, après la sortie de l'enfant, une nouvelle délivrance artificielle, celle-ci prophylactique.

A vrai dire, il ne s'agit pas là d'un cas pur, univoque, absolument typique. En raison, en effet, des interventions répétées et pénibles, on devait, en pareil cas, garder la notion de surmenage de la malade, avoir le souci de lui éviter toute perte sanguine et profiter de l'anesthésie générale. Enfin, le nombre et la difficulté des interventions pratiquées nécessitaient un examen des parties molles, au cours duquel il devait venir naturellement à l'esprit de profiter de la présence de la main à l'intérieur de l'utérus pour faire une délivrance artificielle. Quelle que soit la valeur de cette observation, il n'en reste pas moins vraie, comme nous l'avons déjà dit, si la délivrance artificielle prophylactique pour hémorragie habituelle de la délivrance est une indication assez rare, elle est du moins logique.

En ce qui concerne les indications pour placenta prævia, nous avons retenu trois observations typiques que nous rapportons. (Observations XXV, XXVII, XXXVIII). Il s'agit, dans ces trois cas, de malades qui ont perdu pendant leur travail et qui, au moins deux d'entre elles, avaient eu des hémorragies répétées au cours de leur grossesse.

Cette indication de délivrance prophylactique pour placenta prævia est d'ailleurs la plus généralement

admise, car, après l'expulsion ou l'extraction d'un enfant, au cours de l'insertion vicieuse du placenta, il est fréquent de constater la persistance des hémorragies tenant au décollement partiel de ce placenta vicieusement inséré. Quant aux cas où l'hémorragie ne se produit pas ou se produit peu, la crainte d'hémorragie possible, la fréquence des rétentions cotylédonnaires, au cours de cette complication, font que, dans la pratique, la plupart des accoucheurs ne redoutent pas trop cette manœuvre, sauf dans des cas où la malade a accouché d'un enfant, vivant ou mort, sans intervention nécessitant une anesthésie générale. En définitive, c'est en effet ce dernier point qui représentera souvent la cause déterminante de la mise en pratique de la délivrance précoce. Il paraît être opportun de profiter de l'anesthésie pour délivrer complètement une malade peut être déjà débilitée par les hémorragies antérieures et chez laquelle de nouvelles pertes sanguines peuvent compromettre gravement l'équilibre.

Enfin, ainsi que nous le laissions prévoir déjà dans notre chapitre d'indications, infiniment plus fréquents sont les cas de délivrance artificielle prophylactique pour longueur exagérée du travail ou pour inertie totale. L'inertie de la période de travail peut, en effet, logiquement faire penser à la prolongation de cette inertie au cours de la délivrance. L'expérience démontre d'ailleurs le plus souvent ce que le raisonnement laissait entrevoir, et la conséquence en est, pour ces femmes à travail lent, l'apparition d'hémorragies parfois graves de la période de délivrance. hémorra-

gies qui peuvent se poursuivre après la délivrance, sans tendance bien marquée à l'arrêt. On a donc grand intérêt, chez ces malades, à éviter par la pratique de la délivrance prophylactique, les hémorragies qui rendraient encore plus dangereux l'état de surmenage où elles se trouvent, du fait des interventions le plus souvent importantes et parfois laborieuses, rendues nécessaires pour l'extraction de l'enfant.

Vingt-deux observations qui nous avons recueillies ont trait à des femmes dont le travail a duré parfois jusqu'à 45 ou 50 heures, caractérisé par des contractions faibles, insuffisantes ou irrégulières. Il s'agit parfois de gemellaires ou de gros enfants. On a été toujours obligé d'intervenir par forceps, version, craniotomie, etc... La nécessité où l'on se trouve de reviser l'utérus et les parties molles maternelles aussitôt après ces interventions, et l'anesthésie générale qui les accompagne, ont certainement favorisé dans tous ces cas la pratique de la délivrance artificielle prophylactique.

Nous avons même quatre autres observations (I, III, VIII et XXIII) caractérisées par un travail de courte durée, et dans lesquelles la nécessité de revision des parties molles après intervention et l'anesthésie générale nécessitée au préalable ont été seules responsables de la délivrance précoce qui a été pratiquée.

Enfin, huit autres observations ne rentrent dans aucune des catégories précédemment envisagées et constituent de vrais cas d'espèce. On intervient alors en raison de la rachianesthésie qui a été pratiquée (observations X, XIV, XXVIII), en raison aussi de l'hé-

morragie (observations XVI, XXX, XXXIV). Dans l'observation IX on intervient à cause d'une cardiopathie grave, pour éviter tout surmenage et toute perte sanguine à une malade sérieusement atteinte. Enfin, dans l'observation XVII, on pratique la délivrance prophylactique, en raison d'une fissuration du segment inférieur dans un cas de présentation de l'épaule négligée. Cette fissuration avait été sentie avant l'extraction de l'enfant et avant l'intervention chirurgicale qu'elle nécessitait on a pratiqué une délivrance artificielle.

---



## CHAPITRE IV

---

### Résultats

---

Si l'on se propose, maintenant, de rechercher, au moyen de nos observations, quels sont les résultats obtenus par la mise en œuvre de la délivrance artificielle précoce, prophylactique de l'inertie de la délivrance, on est tout d'abord surpris de voir que ces observations comportent deux cas de morts (observations IX et XXIV). Il convient donc, au plus haut point, de rechercher, sans plus tarder, si ces deux cas de mort peuvent être mis sur le compte de la méthode, qui se présenterait alors comme particulièrement dangereuse.

Dans un premier cas (observation IX), la question ne se pose pas. Il s'agit, en effet, d'une femme aux antécédents pathologiques assez lourds, qui a présenté quelques années auparavant une dyspnée, disparue par la suite et depuis revenue. Elle est hospitalisée en raison de cette dyspnée, due à une affection cardiaque. Son état s'améliorait légèrement lorsque dé-

bute son travail. Envoyée aussitôt à la Clinique obstétricale, on note qu'elle présente pendant tout son travail un état général inquiétant, une dyspnée intense, de l'oppression et de l'agitation. On lui donne plusieurs ballons d'oxygène, on lui fait une piqûre d'ouabaïne et de solu-camphre, mais après l'accouchement la malade prend une syncope brusque et meurt. Son état cardiaque grave peut seul être mis en cause pour expliquer sa mort.

Chez la seconde malade (observation XXIV) on pratique un accouchement prématuré provoqué quinze jours avant terme, au moyen d'une bougie de Krause. Le travail est long, dure près de 43 heures, les contractions sont faibles, la dilatation lente. La malade s'épuise et a une température élevée. On intervient alors par forceps après rachianesthésie, et on fait la délivrance artificielle précoce.

Après l'accouchement, apparaît un grand frisson. Elle est très agitée et a mal à la tête. Elle perd du sang, et l'utérus quoique contracté, laisse par l'expression sortir quelques caillots. En dépit des diverses médications utilisées, la malade ne tarde pas à mourir.

A l'autopsie, on n'a rien trouvé au cœur, aucune thrombose intra-cardiaque. Les poumons sont normaux. Du côté de l'utérus, on note, une petite fissuration segmentaire gauche, en coup d'ongle et qui n'intéresse pas toute l'épaisseur du muscle. Quoique dans ce cas la cause de la mort soit moins nette que dans la première observation, il semble que la malade ait succombé à un état de choc, beaucoup plus que par fissuration segmentaire ou complication mé-

dicale. En tout cas, la délivrance artificielle précoce, n'explique certainement pas le décès de cette malade.

Aucun des deux cas de mort, rencontrés dans nos trente-huit observations ne peut donc être mis sur le compte de la délivrance artificielle prophylactique.

Si l'on se préoccupe ensuite de savoir si la délivrance artificielle précoce a arrêté les hémorragies ou bien si ces dernières ont persisté après sa mise en œuvre, on constate par l'examen de nos observations, que dans 4 cas seulement on a noté des pertes sanguines après la pratique de la délivrance. Sur ces 4 cas, l'hémorragie est même due une fois à une déchirure du segment inférieur. Il ne reste donc, sur 38 observations que 3 cas d'hémorragie (observations XI, XXII XXXVIII) pour l'arrêt de laquelle on a fait une fois la compression pubio-manuelle pendant quelques minutes, et les deux autres fois une injection de pituitrine.

Depuis bien longtemps on sait que toute introduction de main ou intervention intra-utérine peut être un facteur prédisposant aux complications infectieuses des suites de couches. Il est donc particulièrement utile et intéressant de relever les cas, où à la suite de la mise en œuvre de cette méthode de délivrance, on a pu observer des suites de couches fébriles. Si nous cherchons donc, au moyen de nos observations, à établir le pourcentage de morbidité, nous obtenons la proportion de 42 pour 100. Ce chiffre est notablement plus élevé que celui obtenu par notre camarade Denaclara au sujet de la morbidité dans les suites de couches, de délivrances artificiel-

les pures, où il obtenait le chiffre de 33 pour 100. Cette différence, plus apparente que réelle, est due en réalité au fait que la délivrance artificielle précoce est pratiquée le plus souvent après un travail long et des interventions multiples, parfois très laborieuses, occasionnant chez la malade du surmenage et une élévation thermique.

En résumé, aucun cas de mort ne peut être relevé, occasionné par la pratique de la délivrance artificielle prophylactique. Il n'y a, en général, pas d'hémorragie après la délivrance et la morbidité des suites de couches, eu égard à l'importance et à la difficulté des interventions pratiquées au préalable pour l'extraction de l'enfant, ne diffère pas très sensiblement de la morbidité dans les cas de délivrance artificielle pure.

---

## Conclusions

---

I. — Nous avons établi, à la Clinique obstétricale de Lyon, une étude statistique, portant sur ces cinq dernières années (1926-1931), des délivrances artificielles précoces, prophylactiques des hémorragies par inertie utérine. Nous en avons retenu 38 cas.

II. — Les cas envisagés répondent en général aux types suivants :

a) Malades qui ont eu des hémorragies à leur accouchement précédent et chez lesquelles on craint la répétition de ces hémorragies.

b) Malades à placenta prævia, ayant présenté le plus souvent des hémorragies répétées pendant leur grossesse et voyant ses hémorragie se renouveler au moment du travail.

c) Malades à travail lent, avec ou sans interventions terminales, avec délivrance prophylactique, par crainte de continuation de l'inertie du travail pendant la délivrance.

Cette dernière catégorie est de beaucoup la plus importante.

III. — Les incidents observés après de telles délivrances sont rares, et on obtient en général l'arrêt des hémorragies.

IV. — Sur 2 cas de mort après la pratique de la délivrance prophylactique, aucun ne paraît devoir être mis sur le compte de la méthode.

La morbidité de 42 pour 100, est légèrement supérieure aux statistiques de morbidité après délivrance artificielle pure. Cela est dû aux interventions multiples et pénibles, et au travail long, qui précèdent bien souvent la mise en pratique de la délivrance prophylactique.

V. — Cette intervention mérite donc d'être employée avec une certaine discrimination, mais il est incontestable qu'elle ne fait pas courir de graves dangers à la malade et qu'elle peut, d'autre part, lui rendre les plus grands services.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
VORON.

*Vu :*  
LE DOYEN,  
Jean LEPINE

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 21 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
A. LIRONDELLE

## **Table des Matières**

---

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                | 9  |
| CHAPITRE PREMIER. — Indications générales .....   | 15 |
| CHAPITRE II. — Observations .....                 | 23 |
| CHAPITRE III. — Discussion des Observations ..... | 73 |
| CHAPITRE IV. — Résultats .....                    | 79 |
| CONCLUSIONS .....                                 | 83 |

---





